DE

L'HÉMATOME DU SCROTUM

(HÉMATOCÈLE PARIÉTALE DES AUTEURS)

PAR

MATHIEU BASEIL

DOCTEUR EN MÉDECINE

ANCIEN INTERNE A LA CLINIQUE

DES MALADIES DES ENFANTS ET A LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

DE LA FACULTÉ DE NANCY

NANCY

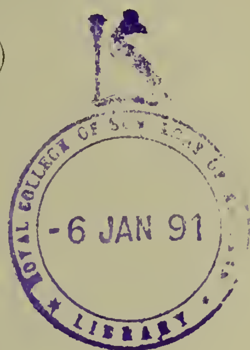
IMPRIMERIE DE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

—

1890

DE L'HÉMATOME DU SCROTUM

(Hématocèle pariétale des Auteurs)



INTRODUCTION

Au mois de décembre 1888, nous avons eu la bonne fortune d'observer, à la clinique chirurgicale de M. le professeur Heydenreich, un cas d'hématome du scrotum, compliquant une hydrocèle vaginale, cas d'autant plus intéressant que le diagnostic d'hématome n'a pu être posé qu'après l'extirpation de la tumeur. Et à la même époque, par une heureuse coïncidence, un autre hématome, compliquant cette fois une hématocèle vaginale, était observée à la clinique chirurgicale de M. le professeur Gross; dans ce second cas encore le diagnostic complet n'a pu être fait qu'après coup (1).

Frappé de la singularité de ces tumeurs et des incertitudes auxquelles elles ont donné lieu pour le diagnostic, nous eûmes l'idée de rechercher dans les différents ouvrages de chirurgie s'il existait beaucoup d'exemples semblables à ceux fournis par les cliniques de la Faculté de Nancy. Les premiers résultats de nos recherches ne furent pas très-brillants, et sans les encouragements de notre excellent maître en clinique, M. le doyen Heydenreich, nous eussions volontiers abandonné une voie que pour ainsi dire personne n'avait frayée avant nous.

N'étant guidé par aucune bibliographie spéciale de la question, nous dûmes constituer nous-même l'histoire aussi complète que possible de cette affection. C'est en consultant l'un après l'autre une foule de monographies, de revues, de journaux médicaux, que nous sommes arrivé à réunir un certain nombre d'observations. Beaucoup d'entre elles n'ont qu'une valeur relative, car, avant ces dernières années, on se contentait

---

(1) Notre travail était terminé, quand s'est présenté à la clinique de M. le professeur Heydenreich un troisième cas de cette affection, que nous avons suivi et dont nous donnons l'observation au chapitre des *Hématomes pariétaux par rupture de la tunique vaginale.*

de palper de temps en temps une tumeur, et d'un examen aussi superficiel on tirait telles conclusions qu'on voulait : c'est ainsi qu'on guérissait des sarcocèles au début ! Tandis qu'aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, la pathologie chirurgicale est entrée dans une ère nouvelle de progrès rapides. Notre arsenal chirurgical, mieux outillé, nous permet d'attaquer l'ennemi dans la place ; et nous n'en sommes plus à craindre, comme il y a quinze ans Savory (1) en Angleterre, qu'en donnant un coup de bistouri dans une collection sanguine nous fassions mourir un homme : nous guérissons plus vite, tout en nous rendant un compte plus exact des faits.

Mais la médecine, qui est une science d'observation, peut d'autant mieux discuter un diagnostic et proposer un traitement que les faits sont plus nombreux pour nous indiquer et le meilleur traitement à suivre et les erreurs à éviter. Ce qui est vrai pour la médecine en général l'est encore bien plus pour le cas particulier qui nous occupe. Aussi avais-je songé qu'en m'adressant aux éminents professeurs des facultés françaises et étrangères je pourrais réunir un certain nombre de faits bien précis, d'où s'écouleraient tout naturellement des conclusions pratiques. Mais est-ce la rareté du fait ? Ou bien est-ce la confusion facile (2) d'un hématome avec une hématocèle vaginale, dite traumatique ? il en est peu parmi eux qui aient eu l'occasion d'observer des hématomes du scrotum. — Quoiqu'il en soit, nous adressons ici nos sincères remercîments à tous ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs lumières et nous communiquer les observations que l'on trouvera dans le cours de ce travail.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à profiter de l'antique usage qui permet aux élèves de témoigner ici à leurs maîtres toute leur gratitude. Nous avons pu, durant nos études médicales, apprécier toute la haute valeur des leçons théoriques et des conférences cliniques des professeurs de la Faculté de Nancy, et nous leur sommes très-reconnaissant de la grande bienveillance que, tous, ils nous ont toujours témoignée.

Nous remercions de tout cœur notre maître en clinique, Monsieur le doyen Heydenreich, pour l'intérêt spécial dont il nous a toujours poursuivi, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, après nous en avoir inspiré le sujet.

Mais nous sommes tout particulièrement heureux de pouvoir offrir à nos excellents parents et à notre sœur bien-aimée cette thèse inaugurale, comme un faible témoignage de notre inaltérable affection et de notre éternelle reconnaissance.

---

(1) Savory (William). — In : *The Lancet*, Londres, 1875, II, p. 691.
(2) Gosselin. — In : *Maladies du testicule*, par Curling, Paris, 1857.

DIVISION

Dans un premier chapitre, nous ferons l'Historique de l'hématome pariétal, historique qui se rattache à celui de l'hématocèle en général.

L'Anatomie normale du scrotum et l'anatomie pathologique de l'hématome, seront l'objet du deuxième chapitre.

Une fois l'anatomie connue, nous aurons le droit et la facilité de donner une Définition du mot hématome et d'en discuter l'exactitude.

Nous donnerons, dans le quatrième chapitre, nos Observations d'hématomes. Nous les avons groupées sous différents titres, ce qui nous facilitera considérablement l'étude de la pathogénie, des symptômes, du diagnostic, du pronostic, de la marche et du traitement dans certains cas particuliers.

Dans les chapitres suivants, nous nous occuperons de l'étude des symptômes, du diagnostic, du pronostic, de la marche et du traitement de l'hématome du scrotum en général.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous ferons une courte incursion dans l'étude du Thrombus des grandes lèvres, — l'hématome pariétal de la femme — afin de pouvoir établir la similitude d'affection dans les deux sexes, après avoir établi la similitude anatomique.

CHAPITRE I

—

HISTORIQUE

Nous n'avons rien trouvé dans les livres hippocratiques qui ait quelque rapport avec l'hématome.

La plupart des historiens de la médecine font remonter jusqu'à Celse la première indication de cette affection. Dans le chapitre où il parle du traitement des maladies du testicule, de l'incision de l'aine et du scrotum, Celse (1) dit : *Videndumque ne sanguis in scrotum descendat, neve concretas aliquando loco maneat.* Plus loin, il recommande de n'appliquer d'agglutinatifs qu'après avoir enlevé tout le sang ; *Atque hic quoque videndum est ne quid in scroto sanguinis maneat : tunc imponenda glutinantia sunt. Si quando autem in scrotum sanguis defluxit, aliquidve concretum ex eo decidit, incidi subter id debet ; purgatoque eo, spongia, acri aceto madens, circumdari.* Il s'agit donc de l'hématocèle à la suite des opérations sur la région inguino-scrotale.

Il faut arriver à Galien pour trouver quelque indication sur cette affection. Dans ses *Ascripta* (2), il décrit une tumeur qu'il semble différencier de l'hydrocèle, du sarcocèle.... « *Tumorum qui scroto accidunt, septem species sunt : hydrocele, porocele* (πωροκήλη), *steatocele, sarcocele, epiplocele, cirsocele, enterocele.* » Plus loin, il donne la définition de ces espèces de tumeurs : *Porocele est concretio calli in aliquâ parte scroti.*

Voici l'opération qu'il conseille : *Porocelas similiter sinistrâ manu scrotum extendentes secare convenit, postea in superficie diducere, donec adipi, vel callo, vel alii cuicumque incidamus et hoc auferemus* (3).

Aétius (4), dans un chapitre où il traite de l'hydrocèle, et qui paraît être un fragment de Léonidas d'Alexandrie, indique qu'à la suite d'une contusion

---

(1) Livre VII, chap. XIX.

(2) Galien. — *Definitiones medicæ*, nos 423 et 429.

(3) *Introductio seu medicus*, chap. XIX.

(4) Aétius. — Livre IV, 2e partie, chap. XXII.

une hernie aqueuse peut survenir, mais que, dans ce cas, le liquide est sanguinolent et épais : *Ubi igitur sponte constiterit aquosus humor collectus, subflavus aut subpallidus is invenitur ; ubi vero ex plagâ, cruentam ac fæculentam materiam reperies.*

Paul d'Egine (1) donne également l'indication de cette affection : *Si igitur ob prægressam causam, velut est partium debilitas, affectio constiterit, sanguis qui alimenti ratione affertur, in aquosam aut serosam lentam substantiam transmutatur ; si vero ob plagam, sanguinea aut fæculenta essentia continetur.*

De plus, il expose assez clairement le diagnostic de l'hydrocèle et de l'hématome : *Si quidem aquosus fuerit tumor, concolor tumor pollucet ; si vero fæculentus aut cruentus, rubicundus aut lividus apparet.*

Après avoir indiqué l'hématome traumatique, Paul d'Egine (2) décrit, sous le nom de *hernia tofacea*, l'affection que nous avons vue décrite par Galien sous le nom de porocèle ; il expose ses causes, ses symptômes, son diagnostic : *Affectio oboritur, aut ex plagâ, aut imperitâ post herniæ sectionem curatione....; induratus est tumor, color vitiatur, et sensus exors est ; at si malignus est tumor, dolores punctorii consequuntur. Cæterum tofi qui et circa testem et circa tunicam rubicundans consistunt ex multo remisu, et duritiâ et inæqualitate, a carnosâ et aquosâ herniâ discernuntur.*

Albucasis (3) n'ajoute rien aux descriptions précédentes, il signale seulement la fréquence plus grande de l'hydrocèle : *Hæc autem hernia (aquosâ) orta est ex debilitate quæ testiculis accidit, adeoque in illos infixa est hæc materia. Et aliquando accidit ex percussione super testiculos. Hæc vero humiditas multorum est colorum. Etenim quandoque color ejus est ad flavedinem vergens, quandoque sanguineus est rubescens, quandoque fæculentus nigrescens. Et quandoque est aquosus albescens. Hic porro frequentior est.*

Au moyen-âge, Brunus (4) ne parle guère que de l'hématocèle spontanée en termes assez vagues.

Fabrice d'Aquapendente (5) établit une division entre l'affection qui

---

(1) Paul d'Egine. — *De re medicâ,* chap. LXII.

(2) Paul d'Egine. — *Loc. cit.* chap. LXII.

(3) Albucasis, — *De chirurgicâ.* Oxonii, 1778, sect. LXII.

(4) Brunus. — *Magna chirurgia,* II, chap. XI. Venise, 1498.

(5) Fabrice d'Aquapendente. — *Opera chirurgica.*

envahit l'enveloppe et celle qui n'attaque que le testicule ; son opération porte soit sur le testicule, soit sur les enveloppes seulement quand le testicule est sain : *Notandum est in hac operatione, num caro concreverit circa tunicas, an circa ipsos testes, numque firmiter, vel minus firme adhærent partes substantiæ. Hoc animadverso, incidendum est totum scrotum usque ad carnem concretam : quæ, siquidem valenter haud sit affixa, vel summis digitis, vel manubriolo scalpelli, a teste, vel tunicis sensim solvenda est, et auferanda.*

Ambroise Paré (1) distingue six espèces de hargnes dans le scrotum : hargne zirbale (épiplocèle), hargne aqueuse (hydrocèle), hargne venteuse (pneumatocèle), hargne charneuse (sarcorcèle), hargne variqueuse (varicocele), hargne humorale ou « apostème engendré d'un ou plusieurs humeurs assemblés au scrotum. »

« Quelquefois (2), après l'extraction de la pierre, il descend du sang en grande quantité dedans le scrotum, que si on n'y donne bon ordre et prompt, avec remèdes, discutiens, consumans et desseichans, la partie se tourne en gangrène : ce qui se connoistra en traitant la plaie. »

Le génie d'observation de J.-L. Petit (3) ne pouvait pas laisser passer sans la signaler une affection aussi bien caractérisée que l'hématocèle. Il a observé toutes les formes de l'hématocèle, pariétale, vaginale, funiculaire et testiculaire. Seulement il n'a pas réuni sous un même chef ces différentes lésions. Il faut les chercher dans des articles différents, qui se rapportent aux opérations qui se pratiquent sur les bourses et sur les testicules.

Ce fut Heister (4) qui, le premier, donna le nom d'hématocèle aux différents épanchements de sang qui se font dans le scrotum. Dans un chapitre didactique des *Institutions chirurgicales*, il décrit l'hématocèle vaginale.

Percival Pott (5) fait un chapitre spécial pour l'hématocèle ou tumeur sanguine du scrotum, et décrit les quatre espèces suivantes :

La première est constituée par un épanchement de sang dans la tunique

---

(1) *Œuvres complètes* d'Ambroise Paré, en 3 volumes (Malgaigne), 1840, Paris, volume I, page 414.

(2) Ambroise Paré. — *Loc. cit.*, vol. II, page 491.

(3) J.-L. Petit. *Œuvres chirurgicales.* Edition 1837, Paris page 728.

(4) Heister. — *Institutiones chirurgicæ,* Amsterdam 1750, 2e partie, sect. V, ch. CXXIII.

(5) Percival Pott. — *Œuvres chirurgicales,* traduction française 1777, t. II, p. 146.

vaginale, à la suite de la ponction de l'hydrocèle ; il reconnaît que du sang peut s'infiltrer en même temps dans les cellules du dartos.

La seconde est produite par l'épanchement sanguin dans la tunique vaginale, versé spontanément par les vaisseaux variqueux rompus.

La troisième a son siège dans la tunique albuginée du testicule.

Enfin, la quatrième a son siège dans le cordon spermatique.

Hunter (1) insiste surtout sur la distinction qui existe entre l'hématocèle traumatique de la tunique vaginale et l'hématocèle spontanée. Il ne s'occupe que de cette dernière. Il insiste sur cette idée que jusqu'à lui cette affection avait été confondue avec le cancer du testicule.

Auguste Gottlieb Richter (2), dans ses *Eléments de chirurgie*, décrit les diverses espèces d'hématocèles, suivant le siège de l'épanchement sanguin. La première a son siège dans le tissu cellulaire du scrotum ; la deuxième, dans la tunique vaginale du testicule ; la troisième, dans le testicule lui-même. Il ne parle pas des tumeurs du cordon spermatique.

Benjamin Bell (3) dit : l'hématocèle est une tumeur du scrotum ou du cordon spermatique produit par du sang extravasé. La tunique vaginale est le siège ordinaire de ces tumeurs ; elles sont quelquefois situées dans le cordon spermatique et très-rarement dans le dartos.

Mahon (4), appelle l'hématocèle « une tumeur contre nature formée par la présence de sang épanché dans les cellules graisseuses de cette partie. »

Baillie (5), ne parle pas de l'hématocèle dans son *Traité d'anatomie pathologique du corps humain*.

J. Cloquet (6), décrit l'hématocèle vaginale par épanchement et l'hématocèle pariétale par infiltration.

Andral (7), dans son article sur les maladies des organes génitaux de l'homme ne parle que de l'hydrocèle de la tunique vaginale et du sarcocèle du dartos.

---

(1) John Hunter. — *Œuvres complètes,* traduction Richelot, t. I, p. 700.
(2) Richter. — *Elementi di chirurgia.* Pavie 1806, p. 34.
(3) Bell. — *Œuvres complètes de chirurgie,* trad. fr., an IV, 1796, T. I, p. 274
(4) Mahon. — *Encyclopédie méthodique,* Paris 1798, an VI, T. VI, p. 103.
(5) Baillie. — *Traité d'an. path. du corps humain,* trad. Ferral, an XI (1803).
(6) J. Cloquet. — *Dictionnaire de médecine,* T. X, 1824.
(7) Andral. — *Précis d'anatomie pathologique,* Paris 1829, T. III, p. 666.

Boyer (1) en parle d'une manière très-légère et n'y consacre que deux pages ; il n'établit aucune division.

Lassus (2), distingue les trois espèces d'hématocèles : pariétale, funiculaire et vaginale ; il veut qu'on incise la tumeur dans toute son étendue.

Dupuytren (3), ne fait allusion qu'aux infiltrations sous-cutanées du scrotum et aux hématocèles vaginales.

A l'article : Hématocèle pariétale, on trouve dans la *Bibliothèque des médecins praticiens* (4) la distinction en hématocèle pariétale par infiltration et en hématocèle pariétale par épanchement ou enkystée.

Jourdan (5) et Blandin (6) admettent les hématocèles vaginale, testiculaire et par infiltration. Chelius d'Heidelberg (7), Bégin (8) sont du même avis.

Richerand (9) n'admet que l'hématocèle par infiltration ; Auguste Forster (10), Astley Cooper (11) et Samuel Cooper (12) n'admettent que l'hématocèle vaginale.

Velpeau (13) dans ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité distingue cinq espèces d'hématocèles : pariétale par infiltration et épanchement, testiculaire, épididymaire, vaginale, dans un kyste préexistant (14).

Ernest Cloquet (15) n'étudie que l'hématocèle vaginale. A partir de ce

---

(1) Boyer. — *Maladies chirurgicales*, Paris 1831, T. X, p. 238.
(2) Lassus. — *Pathologie chirurgicale*, Paris 1809, T. I, p. 320.
(3) Dupuytren. — *Leçons orales de clinique chirurgicale*, Paris 1839. — *Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre*, Paris 1834, T. II, p. 503.
(4) *Bibliothèque des médecins praticiens*, Paris 1845. T. IV, art. : Hématocèle pariétale.
(5) Jourdan. — *Diction. des sciences médicales*, Paris, 1817.
(6) Blandin. — *Diction. de méd. et de chir. pratiques*, Paris 1833.
(7) Chélius. — *Traité de chirurgie*, trad. Pigné, Paris 1836.
(8) Bégin. — *Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire*, Paris 1838, T. I, p. 506.
(9) Richerand. — *Nosographie et thérapeutique chirurgicales*, T. IV, p. 5.
(10) Auguste Forster. — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, Iéna 1850, p. 458.
(11) Astley Cooper. — *Maladies du testicule*.
(12) S. Cooper. — *Traité élémentaire de pathologie chirurgicale*, Encyclopédie des sciences médicales, Paris 1841.
(13) Velpeau. — *Leçons orales de clinique chirurgicale*, Paris 1831, T. II.
(14) Velpeau. — *Gazette des hôpitaux*, 1840, p. 113.
(15) E. Cloquet. — *Hématocèle de la tunique vaginale*, thèse de Paris 1846.

moment un certain nombre de thèses inaugurales paraissent sur le même sujet.

Béraud (1) fait paraître une étude sur l'hématocèle du cordon spermatique et du testicule, en même temps que Gosselin (2) ses *Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale,* où il n'est question que de l'hématocèle de la tunique vaginale.

En 1853, Jamain (3) fait paraître une thèse d'agrégation sur l'hématocèle du scrotum où il étudie les différentes formes cliniques de cette affection. C'est le seul ouvrage qui traite d'une façon un peu méthodique de l'hématocèle pariétale du scrotum, sans s'y arrêter bien longuement d'ailleurs. Depuis cette thèse d'agrégation, il n'a rien paru en France ni à l'étranger sur la question qui nous occupe.

En 1857, Curling (4) laisse de côté les hématocèles parenchymateuses, et dit quelques mots seulement des hématocèles pariétales, qu'il appelle simplement infiltrations sanguines.

En 1861, Vidal, de Cassis (5) reconnaît nettement l'hématocèle pariétale par infiltration et par épanchement.

En 1871, Humphry, de Cambridge (6) ne parle pas de l'hématocèle pariétale.

Lannelongue (7) distingue, d'après leur origine, deux espèces d'hématocèles : l'une primitive ou traumatique, l'autre consécutive ou spontanée, et pouvant se produire aussi bien dans les enveloppes du testicule que dans le testicule lui-même, la première se traduisant par l'infiltration ou l'épanchement, souvent par les deux réunis, la seconde par un épanchement de sang dans une cavité bien limitée.

En 1888, Villaret (8) ne parle que de l'hématocèle du cordon et du testi-

---

(1) Béraud. — *Archives générales de médecine,* mars 1851.

(2) Gosselin. — *Arch. gén. de médecine,* 1851.

(3) Jamain. — *De l'hématocèle du scrotum,* thèse d'agrégation, Paris, 1853.

(4) Curling. — *Maladies du testicule,* trad. Gosselin, 1857, p. 570.

(5) Vidal. — *Pathologie externe,* Paris, 1861.

(6) Humphry. — In : *System of surgery de Holmes,* Londres, 1871, T, V.

(7) Lannelongue O. — Art. : Hématocèle du scrotum. — In : *Nouveau diction. de méd. et de chir. pratique* (Jaccoud), t. 17, 1873, p. 268.

(8) Villaret. — *Handworterbuch der gesammten Medizin,* Stuttgart, 1888. Art. Hæmatocele.

cule. — M. P. Reclus (1), en traitant l'hématocèle vaginale, dit un mot en passant de l'hématocèle pariétale. Il est vrai que dans le même ouvrage M. L. G. Richelot (2) consacre un chapitre à l'hématocèle pariétale, en traitant du scrotum.

Follin et Duplay (3), dans leur *Traité élémentaire de Pathologie externe*, Monod et Terrillon (4), dans leur *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, admettent définitivement les deux formes d'hématocèles pariétales du scrotum par infiltration et par épanchement, et leur consacrent quelques lignes. Cependant Monod et Terrillon n'en parlent guère que comme d'une complication possible de la rupture de l'hydrocèle.

Kocher, de Berne (5), s'occupe aussi de l'hématocèle pariétale du scrotum et il est le premier à substituer le mot hématome à celui d'hématocèle. Il ne juge pas à propos de donner une dénomination spéciale aux infiltrations sanguines succédant à des contusions peu violentes, comme l'avait fait Jamain.

Comme on le voit, par ce court aperçu historique, l'hématocèle pariétale a subi bien des variations de fortune, tantôt admise comme une entité morbide spéciale, tantôt reconnue pour un simple accident accompagnant une lésion plus grave, tantôt enfin complètement omise par des chirurgiens, même des plus sérieux et des plus modernes. C'est cette lacune que nous voudrions essayer de combler et cette incertitude que nous désirerions faire cesser, en montrant que cette affection, le plus souvent bénigne, quelquefois aussi très-grave, est loin de mériter l'indifférence avec laquelle elle a été traitée jusqu'aujourd'hui. Nous ne nous faisons pas d'illusions sur la valeur de notre travail, mais nous serons satisfait, si, malgré ses imperfections, il apporte une petite pierre à l'édifice commun, car, comme le dit Sénèque : « Multum adhuc restat operis, multumque restabit, nec ulli nato, post multa sæcula, præcludetur occasio aliquid adhuc adjiciendi. »

---

(1) P. Reclus. — *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1888. Art. : Hématocèle vaginale.

(2) L. G. Richelot. — *Diction. Encycl. des sc. méd.* Paris, 1880, 3[e] série, t. VIII, p. 360. Art. : Scrotum.

(3) Follin et Duplay. — *Traité élémentaire de pathologie externe*. t. VII, p. 207, Paris, 1888.

(4) Monod et Terrillon. — *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*. Paris, 1889.

(5) Kocher (Th.). — In. : *Deutscke Chirurgie*. t. 50, Stuttgart, 1887, p. 6.

CHAPITRE II

I. Anatomie normale du Scrotum.

Le mot de scrotum ne s'applique à proprement parler qu'au revêtement cutané des testicules. Toutefois, il est dans l'usage de décrire en même temps toutes les autres tuniques qui protègent les glandes séminales. Cette description a été l'objet d'une très-intéressante thèse de doctorat, et nous ne pourrions que répéter ce qu'a si bien exposé M. le docteur Barrois (1). Aussi croyons-nous inutile d'insister sur l'étude anatomique de toutes les enveloppes du testicule, préférant nous arrêter sur une question qui regarde plus directement la pathogénie de l'affection qui nous occupe : l'étude du tissu cellulaire compris entre la tunique érythroïde et le dartos.

S'il est vrai, en effet, que les téguments qui forment le scrotum se différencient déjà à bien des points de vue de la peau des régions voisines, qu'ils sont minces, à lamelles nombreuses, riches en follicules pileux et sébacés et solidement reliés par une couche de muscles lisses dont les propriétés contractiles permettent les variations de développement des bourses, il est vrai aussi que la peau du scrotum se différencie de celle du périnée, de la cuisse, de l'abdomen, surtout par la façon dont elle est reliée à son substratum, le testicule.

Depuis longtemps les observateurs ont porté leurs recherches de ce côté ; les ouvrages anciens et modernes s'accordent tous pour dire, au sujet de la nature du tissu sous-cutané, qu'entre la couche musculaire qui double la peau, c'est-à-dire le dartos, et l'enveloppe extérieure du testicule, c'est-à-dire la tunique fibreuse (*tunica vaginalis communis*, des Allemands) recouverte du muscle crémaster, il existe un tissu cellulaire spécial, lâche, fin, facile à déchirer et dépourvu de graisse. Henle (2) le décrit d'une façon remarquable : « Un tissu cellulaire très-délicat, lâche, facile à déchirer, unit la partie profonde de la peau à la partie superficielle de la tunique vaginale commune. Il joue pour ainsi dire le rôle des nerfs autour des vaisseaux dans les papilles muqueuses. Il est parcouru par des

---

(1) Barrois (T. C.). — *Contribution à l'étude des enveloppes du testicule.* Thèse de doctorat, Lille, 1882, fig. et planches.

(2) Henle. — *Eingeweidelehre* (splanchnologie), II[e] édition, p. 438.

vaisseaux et des nerfs. Après une déchirure, il laisse une partie de son tissu à l'une et à l'autre enveloppe, et, suivant le cas, renforce l'une ou l'autre. »

Presque tous les anatomistes reconnaissent que ce tissu cellulaire fait suite à la tunique celluleuse du cordon et le considèrent comme la continuation du fascia superficialis de l'abdomen qui accompagne le cordon dans le scrotum. « Sous le nom de *couche fibro-celluleuse*, Velpeau a décrit une couche très-mince de tissu cellulaire qui sépare le dartos du crémaster et lui donne une grande mobilité. Cette couche, examinée sur le trajet du cordon, présente une certaine indépendance et se continue manifestement avec le revêtement celluleux des tendons, étalé en membrane, du muscle du grand oblique de l'abdomen, revêtement que le testicule semble avoir refoulé devant lui en traversant l'anneau inguinal. Mais il est difficile de suivre cette tunique jusqu'au fond des bourses (1). »

Les propriétés physiques de ce tissu cellulaire permettent un déplacement réciproque assez considérable entre le contenu et le contenant. Le testicule est généralement couché dans la partie postéro-inférieure des bourses ; il peut cependant être relevé en haut près de l'anneau inguinal externe, comme on le voit sur de jeunes sujets, quand des agents traumatiques ou thermiques agissent sur la peau du scrotum, de la partie interne de la cuisse ou du bas-ventre. C'est par une contraction propre au crémaster que se produit cette rétraction du testicule. La peau du scrotum ne suit pas les mouvements du testicule, et le scrotum paraît alors vide ; elle glisse toujours facilement sur le testicule et forme aussi facilement des plis ; c'est en avant des bourses que son déplacement est le plus accentué. La course du testicule est facilitée par la laxité du tissu environnant. Quand on fend la peau, le testicule sort, si l'on écarte les lèvres de la plaie, et dans les blessures du scrotum on observe souvent la hernie de la glande.

Dans différentes maladies, les particularités décrites dans la structure, et surtout dans le mode d'union du scrotum avec son contenu, ont une importance spéciale. Il se produit des œdèmes localisés au scrotum, qui peuvent même n'occuper qu'une des moitiés et qui se délimitent toujours nettement. Le tissu cellulaire peut aussi bien se remplir d'air, et il est de notoriété publique que des simulateurs ont produit de grandes tumeurs

---

(1) Cruveilhier père et fils, et Marc Sée. — *Anatomie descriptive*. Paris, 1874, t. II, p. 364.

au scrotum, en insufflant de l'air sous la peau. Les contusions du scrotum conduisent à des épanchements de sang dans le tissu sous-cutané, et leur volume s'explique par la richesse vasculaire des enveloppes des bourses (1). — Quand une hydrocèle vient à crever, le contenu se répand de même dans le tissu sous-cutané (2). Malgaigne rapporte qu'en faisant une injection dans une hydrocèle, le malade fit un mouvement, la canule s'échappa et le liquide fila dans le tissu environnant le testicule. Ce tissu en fut complètement rempli et il s'en répandit aussi dans l'autre bourse. Par l'incision et la pression on vida complètement le scrotum (3).

La structure du tissu interposé entre la peau et les tuniques du testicule a été bien étudiée par M. Sappey (4); il a surtout visé, dans sa description de l'*appareil de suspension et de cloisonnement des bourses*, le rôle physiologique du tissu fibro-cellulaire sous-dartoïque. Nous reproduisons cette description, car elle permettra de rendre plus claires et plus saisissables nos recherches personnelles.

« Quelles que soient les variétés que présentent les bourses, il est digne de remarque que leur partie supérieure ou pédicule, conserve toujours ses limites, ses dimensions, sa forme primitives. Lorsqu'elles s'allongent, dans l'état normal, c'est aux dépens d'elles-mêmes, et non aux dépens des téguments qui recouvrent les parties voisines. Elles sont redevables de cette fixité de leurs limites et de leur forme à un appareil élastique, important et cependant peu connu, auquel elles se trouvent comme suspendues. Cet appareil affecte la disposition suivante :

« *En arrière*, il est constitué par une lamelle qui part de l'aponévrose périnéale inférieure et qui diffère de celle-ci par la multiplicité des fibres élastiques contribuant à la former.

« *De chaque côté*, l'appareil suspenseur des bourses est représenté par une lame mince et jaunâtre qui s'attache aux branches ischio-pubiennes et qui limite les bourses en dehors, comme l'aponévrose fémorale limite en dedans les parties molles de la cuisse.

« *En avant*, cet appareil arrive à son plus haut degré de developpement. Il a pour éléments un ensemble de lamelles étroites et longues,

---

(1) Pitha. — *Krankheiten der mannlichen Geschlechtsorgane*. In : *Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie*, Bd VI, Abth. II, p. 19-24.

(2) Kocher. — *Krankheiten des scrotum*. In : *Pitha und Billroth* : *Handbuch der chirurgie*, Bd III, Abth. II.

(3) Malgaigne. — *Anatomie chirurgicale*, t. II, p. 257.

(4) Sappey. — *Anatomie descriptive*. Paris, 1874, t. IV, p. 573.

jaunâtres aussi, qui, descendant de la partie inférieure de l'hypogastre, se rapprochent et s'unissent les unes aux autres pour former une large couche irrégulière sans limites précises.

« Les parties latérales de cette couche élastique s'avancent à droite et à gauche jusque sur le cordon des vaisseaux spermatiques qu'elles recouvrent, puis viennent s'insérer sur la face profonde des bourses au niveau de la racine de la verge.

« Sa partie médiane beaucoup plus importante, s'attache par quelques-unes de ses fibres aux téguments de la racine de la verge. Mais la presque totalité se joint à d'autres fibres semblables émanées de la partie supérieure de la symphyse pubienne, et forme avec ces dernières un faisceau aplati, triangulaire et vertical, connu sous le nom de ligament suspenseur de la verge. Parvenu sur la face dorsale du pénis, ce ligament, ainsi renforcé, se partage en deux lames qui embrassent toute la circonférence de l'organe et qui se comportent ensuite différemment. Un très-grand nombre de fibres s'insèrent à sa partie inférieure et l'entourent d'un puissant anneau élastique dont l'action est mise en jeu au moment de l'érection. Les autres se prolongent de la partie inférieure du pénis vers le raphé des bourses, et constituent la cloison qui divise la cavité.

« Aux fibres élastiques extrêmement multipliées qui entrent dans la composition de la partie antérieure de cet appareil se mêlent une notable proportion de fibres lamineuses, et une certaine quantité de tissu adipeux.

« Ainsi cloisonnée et suspendue, la double cavité circonscrite par les bourses se trouve fermée de toutes parts, excepté en haut et en dehors, où elle donne passage au cordon des vaisseaux spermatiques. »

C'est donc, selon toute apparence, dans cette cavité que doivent se faire les épanchements séreux ou sanguins sous-cutanés du scrotum. Et c'est ce qui ressort des expériences instituées par M. Kocher : (1) « Pour apprendre à connaître la position du testicule dans les épanchements sous-cutanés de sang dans le scrotum, je fis des injections de gélatine, colorée en rouge, dans le tissu perivaginal, au moyen d'une canule, et je laissai la masse se durcir par le refroidissement. Le scrotum présenta une tumeur remarquablement uniforme qui s'étendait jusque dans le voisinage de l'anneau inguinal externe. La masse se laissa énucléer complètement de son enveloppe cutanée très-amincie. Le testicule en est entouré de telle: façon qu'il ne se laisse plus saisir dans la tumeur ; et cependant il n'est pas entièrement recouvert par la masse injectée, et sa face postérieure

(1) Kocher. — *Loc. cit.*

reste libre ; il est donc situé dans la partie inférieure et postérieure de la tumeur. Celle-ci envoie en haut et en dehors un prolongement qui entoure la partie antérieure du cordon jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe. »

Cette étude de Kocher n'a pas été poussée plus loin ; et cependant elle survint à une époque où l'attention s'était reportée vers l'étude des cavités du tissu cellulaire lâche, qui généralement facilitent les mouvements des organes les uns contre les autres, et qui sous des influences morbides donnent des amas inflammatoires, comme ils en arrêtent l'extension. Or il doit se trouver dans le tissu cellulaire du scrotum une cavité virtuelle, analogue à celles que les recherches de Hencke (1) nous ont fait connaître ; son existence se déduit des allures du scrotum, soit dans les maladies, soit dans les opérations sur cette région.

Partant de cette idée que les recherches anatomiques doivent marcher de pair avec les observations cliniques, qu'elles doivent tendre à éclairer les phénomènes observés chez les malades, M. Disse a fait récemment des recherches sur cette cavité scrotale et les a publiées dans les *Archiv für Anatomie und Entwickelungsgeschichte* (2). Nous avons voulu vérifier les résultats obtenus par le professeur de Berlin, et, à son exemple, considérant que les grandes lèvres de la femme et les bourses de l'homme ont les mêmes dispositions, nous avons aussi recherché l'existence de cette cavité dans les grandes lèvres. Cette étude comparative de l'hématome scrotal et de l'hématome grando-labial sera exposée dans un chapitre spécial que l'on trouvera à la fin de ce travail. Nous ne nous occuperons ici que de l'étude de la cavité scrotale chez les enfants et les adultes et chez les fœtus.

Qu'il nous soit permis ici d'adresser à M. le professeur agrégé Nicolas, notre vive gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné durant nos études médicales, et dont il nous a donné une nouvelle preuve, en aidant nos recherches de ses conseils et de son expérience. Que notre ami J.-N. Dumont, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, reçoive nos remerciements pour la complaisance avec laquelle il a mis à notre disposition son habileté d'anatomiste.

---

(1) Hencke. — Beitrage zur Anatomie des Menschen mit Beziehung auf die Bewegung, 1871.

(2) Disse (J.). — Der scrotale Spaltraum und sein Æquivalent bei Weibern, In : *Archiv.*. (His et Braune), vol. supplém., Leipzig, 1889, p. 222.

I. La cavité scrotale (Spaltraum) chez les enfants et chez les adultes.

Les recherches de M. Disse ont été faites sur dix adultes, cinq enfants (de 5 mois à 5 ans), deux fœtus de 7 mois, deux nouveau-nés, dont l'un était cryptorchide et dont l'autre avait encore ses testicules à l'anneau interne du canal inguinal. Les nôtres ont porté sur dix-huit adultes, dont un cryptorchide, et sur un enfant de deux mois. Ce sont les résultats de ces recherches que nous allons exposer.

Si, à la partie antérieure du scrotum, au niveau de la moitié supérieure du testicule, nous faisons un pli à la peau, il nous est facile d'introduire un trocart entre le dartos et la vaginale et d'injecter une solution colorée de cire, de gélatine ou d'encre de Chine finement pulvérisée. Il se produit chaque fois une cavité bien limitée entre la peau et son dartos, d'un côté, et la tunique vaginale, de l'autre.

A toutes les périodes de la vie, les injections donnent les mêmes résultats. Chez les enfants qui ont encore leurs testicules dans l'abdomen ou dans le canal inguinal, ou dont les testicules n'ont pas encore atteint le fond du scrotum, une cavité scrotale de même nature se démontre par l'injection, comme après la migration complète des testicules (1). Chez les cryptorchides, la tunique vaginale vide se trouve contre la paroi postérieure de la tumeur ; dans la migration incomplète, le testicule se trouve derrière la moitié supérieure de la masse injectée, et le long de sa paroi (2).

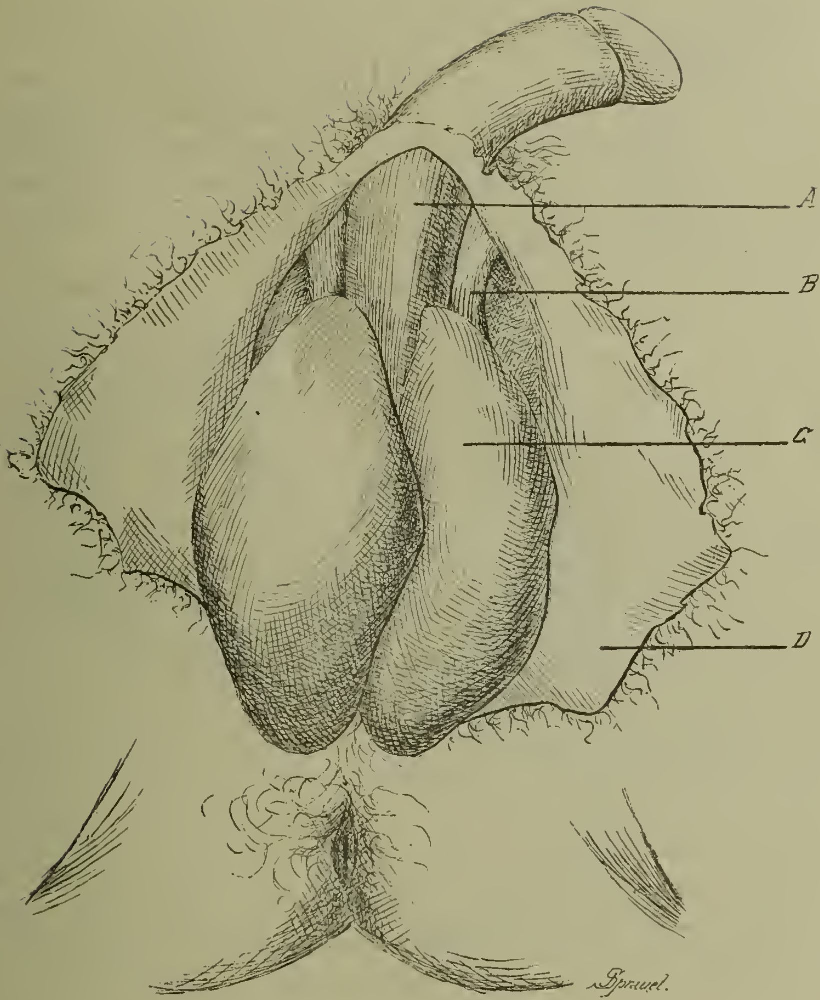
Les figures obtenues démontrent que, quelles que soient la pression et la quantité de matière injectée, quel que soit l'endroit par lequel on pousse l'injection (3), on n'obtient jamais une simple infiltration des

---

(1) Chez un enfant de deux mois sur lequel nous avons pratiqué nos injections, la tumeur a pris une forme très-régulière, rappelant absolument celle d'un ballon de laboratoire, c'est-à-dire gros ventre, avec col long et droit qui accompagnait le cordon jusqu'à l'anneau inguinal externe. (Voir fig. 2, p. 23). En forçant l'injection nous avons obtenu, des deux côtés, la rupture de la paroi au sommet de la tumeur, et le liquide s'est répandu sur l'aponévrose du grand oblique. Le testicule était logé, comme toujours, à la partie postérieure et interne de la tumeur, partie dans sa panse, partie dans son col.

(2) Nous avons eu l'occasion de pratiquer nos injections scrotales sur un individu porteur d'une hernie congénitale, chez qui les intestins pénétraient jusque dans la vaginale, à travers un orifice de trois centimètres environ de diamètre. Cet état anormal n'a absolument rien changé à la configuration générale de la tumeur qui, au lieu de s'appliquer par sa pointe au-devant du cordon, reposait contre le sac péritonéo-vaginal sur une longueur de quelques centimètres. Le cordon se trouvait dans la paroi postérieure du sac herniaire.

(3) Il ne faudrait cependant pas s'éloigner trop de l'endroit que nous venons d'indiquer, car nous avons poussé plusieurs injections vers la racine du scrotum, en avant du cordon, et nous n'avons obtenu qu'une infiltration diffuse du tissu cellulaire du scrotum et de l'abdomen.



Tumeurs scrotales chez un homme de 60 ans, obtenues par des injections de cire, en quantités inégales : la tumeur droite, plus considérable, a empiété sur la gauche. Quand les injections sont faites avec des quantités égales, la ligne de séparation est presque toujours droite. (Le septum qui séparait les deux bourses a été enlevé.)

A. — Urèthre.

B. — Cordon spermatique.

C. — Tumeur reposant par sa pointe sur le cordon spermatique.

D. — Téguments du scrotum réclinés en dehors.

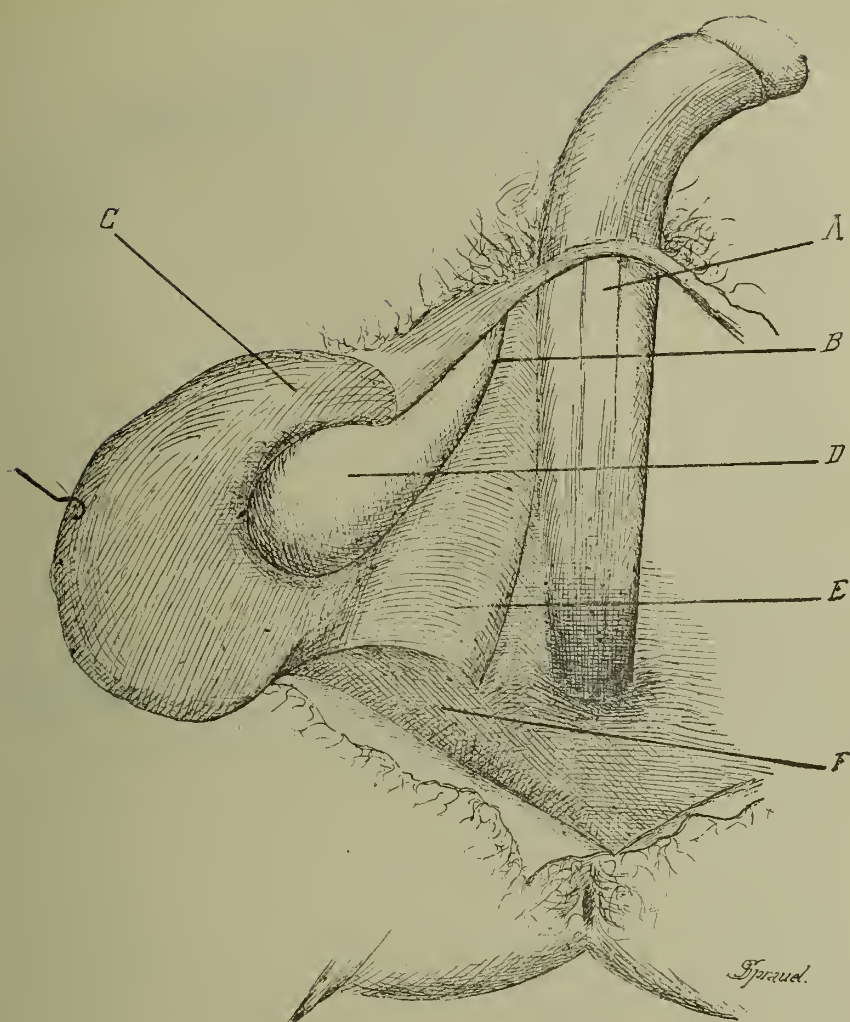
mailles du tissu cellulaire par la masse injectée, mais que celle-ci remplit une cavité à parois propres et forme une tumeur de volume variable, et toujours semblable à elle-même. La masse injectée en grande quantité n'a d'influence que sur la tension de la poche, mais n'en a aucune sur l'extension de la tumeur en haut, en bas et en arrière. Cet espace scrotal virtuel est toujours limité à l'un des côtés. Il en existe par conséquent deux qui sont accolés l'un à l'autre. Pour remplir les deux en même temps, il est absolument nécessaire que la canule ait transpercé le septum, ce qui doit être le cas dans l'observation de Malgaigne.

La tumeur scrotale, obtenue par l'injection, siège principalement en avant du testicule qu'il dépasse en haut et en bas. Le testicule reste à sa place normale, comme on peut s'en assurer par la palpation de la paroi postérieure, tandis que la paroi antérieure, et un peu moins la latérale, s'en éloignent. La tumeur remonte devant le cordon et va jusqu'à la base du pénis ; elle sépare ainsi la peau et son dartos de la tunique érythroïde.

Sa forme générale est celle d'une massue ou d'une poire dont la pointe, dirigée en haut, repose au-devant du cordon et s'arrête à peu près au niveau où le septum s'insère au pénis et dont la grosse extrémité va jusqu'au fond du scrotum. En arrière l'injection s'arrête aux branches descendante du pubis et ascendante de l'ischion, et en avant elle n'a d'autres limites que celles de l'extensibilité des enveloppes.

Cette tumeur piriforme est aplatie sur son côté interne qui repose contre le septum ; elle est creusée dans sa partie postéro-interne d'une cavité destinée à loger le testicule, entouré de sa vaginale et de la tunique fibreuse. Jamais l'injection n'entoure la vaginale du côté du septum et par derrière elle ne dépasse jamais sa partie médiane où elle est recouverte d'un tissu cellulaire graisseux qui fait suite à celui du périnée (1). Une coupe transversale fait voir que la paroi antérieure et latérale du testicule est entourée de la tumeur ; celle-ci s'amincit vers le haut. Plus haut encore elle se sépare même des parois latérales de la tunique fibreuse et

(1) Cependant, chez un homme d'une soixantaine d'années, la masse injectée a entouré le testicule de tous les côtés, sauf en arrière (voir fig. 1, page 23) ; mais il est à remarquer que le testicule était en inversion latérale et en même temps antérieure, c'est-à-dire que le bord libre du testicule au lieu de regarder en avant était tourné en arrière, en bas et en dehors, de sorte que l'épididyme était placé sur le côté de la glande et que le canal déférent était directement situé en avant, entre les vaisseaux du cordon et la peau. — Y a-t-il là une relation de cause à effet ? Nous ne pouvons rien affirmer. Toujours est-il que la bourse gauche du même sujet a donné une tumeur rentrant dans la règle générale et qui a servi à dessiner les figures 1, 2 et 3 de la page 23. La position du testicule est normale, ce qui prouve une fois de plus l'unilatératé presque constante des inversions du testicule.



Nous avons récliné fortement en-dehors la tumeur scrotale droite de la figure précédente, afin de faire ressortir la membrane d'insertion (E) qui unit la tumeur à la crête ischio-pubienne.

A. — Urèthre.
B. — Cordon spermatique.
C. — Pointe de la tumeur reposant sur le cordon spermatique.
D. — Testicule avec ses tuniques vaginale et fibreuse.
F. — Appareil de suspension des bourses et peau réclinés en-dehors.

son extrémité supérieure ne repose plus que sur la face antérieure de cette membrane ; contre le tissu cellulaire lâche qui contient le cordon la tumeur est nettement délimitée. De sorte qu'on peut dire que le testicule et le cordon spermatique qui lui fait suite, entourés de leurs enveloppes, sont situés dans une gouttière creusée dans la partie postéro-interne de la portion supérieure de la tumeur ; et ils s'énucléent facilement, grâce à un tissu cellulaire très-lâche qui est interposé.

Mais alors par quoi sont donc formées les parois de cette tumeur dont les rapports avec la glande sont tellement invariables ? Disons tout d'abord que cette invariabilité ne tient pas le moins du monde à la présence du testicule, puisque, chez les cryptorchides, nous produisons le même genre de tumeurs, sauf qu'elles n'ont pas de cavité à la partie postéro-interne ; il n'y a en effet pas de testicule à y loger. Le simple raisonnement nous amène donc à supposer qu'il y a dans le scrotum une membrane ou des membranes, aplaties à l'état normal, de structure invariable, qui se dilatent sous des influences pathologiques spéciales.

M. le professeur Disse a rapidement glissé sur cette question qui nous paraît pourtant être capitale ; il s'est contenté de nous rapporter ce qu'il a vu, sans rechercher les causes anatomiques d'une production pathologique assurément fort curieuse. Loin de nous la pensée d'attaquer l'intéressant mémoire du professeur allemand ; ce qu'il a décrit est bien dans la vérité, mais ce n'est pas toute la vérité, il s'est laissé convaincre, comme nous l'avons été d'ailleurs un moment nous-même, par les premières apparences.

Voici ce que dit M. Disse : « L'injection produit une tumeur en forme de massue, due à ce que la paroi antérieure va rejoindre la paroi postérieure ; il y a donc manifestement une *paroi ferme qui entoure la masse injectée. Cette paroi est intimement unie en avant au dartos, et la dissection au bistouri en est difficile.* En revanche la paroi postérieure n'est unie que lâchement avec la surface externe de la tunique vaginale commune. Ce sac fermé est traversé par une série de membranes de séparation qui courent parallèlement à sa paroi et le divisent en compartiments incomplets. Du côté du tissu cellulaire lâche qui entoure le cordon la tumeur est nettement délimitée. »

Nos recherches nous permettent au contraire de dire : « *Il y a une paroi continue, mais très-mince, très-extensible qui entoure la tumeur : elle n'est nullement adhérente au dartos.* » Ce n'est qu'une dissection attentive qui permet d'arriver sur la membrane propre de la masse, sans l'englober dans la paroi ferme dont parle M. Disse, paroi ferme qui n'est autre chose que l'appareil de suspension et de cloisonnement des bourses,

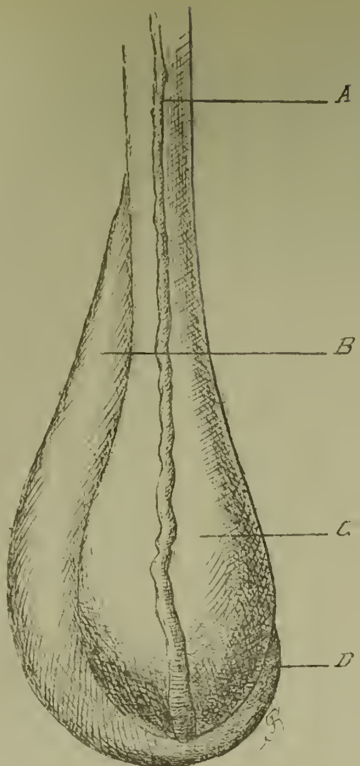


Fig. 1.



Fig. 2.

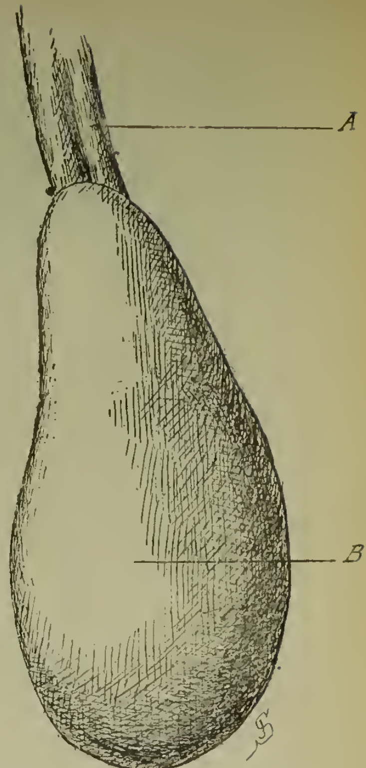


Fig. 3.

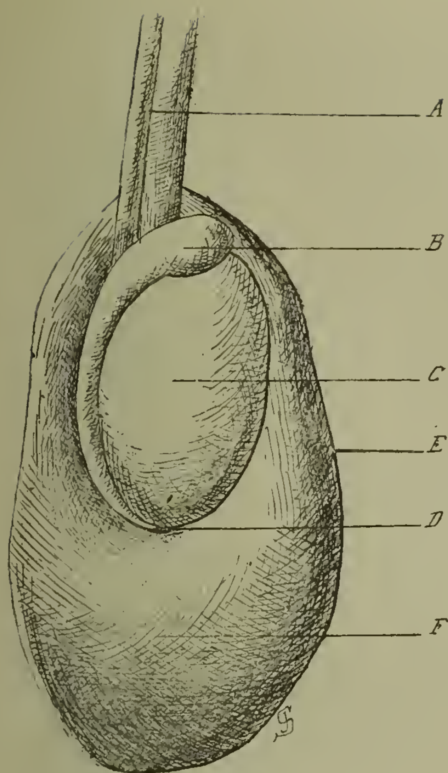
Fig. 1. — Tumeur de la cavité scrotale gauche chez un homme de 40 ans, obtenue par l'injection de 50 grammes de gélatine. — Vue par derrière : A. Cordon spermatique (le canal déférent est indiqué plus fortement à dessein); B. Sommet et portion externe de la tumeur ; C. Testicule recouvert de ses tuniques ; D. Base de la tumeur remontant un peu du côté interne du testicule. — **Fig. 2.** — C'est la figure 1, mais le testicule et le cordon sont enlevés ; il reste une cavité très-régulière : A. Sommet ; B. Base remontant un peu du côté interne. — **Fig. 3.** — Tumeur précédente, mais vue par devant : A. Cordon spermatique émergeant du sommet de la tumeur. — B. Base.

dont nous avons donné la description plus haut. Cet appareil, avons-nous dit, constitue dans chaque bourse une vraie poche dont les parois sont formées de nombreuses lames fibreuses descendues du pourtour de l'anneau inguinal, de l'épine et de la symphyse pubiennes, du fascia superficialis de l'abdomen et de la crête ischio-pubienne pour entourer le testicule et limiter ses mouvements vers le bas, en même temps que la lame fibreuse antérieure, s'insérant à la partie autéro-inférieure de la peau du scrotum, la soutient, la suspend en quelque sorte aux os du bassin.

Ce sont ces insertions des lames fibreuses antérieures à la face profonde de la peau qui forcent à une dissection artificielle au bistouri en cet endroit. En rasant de près la peau, on arrive à isoler, dans la bourse injectée, une tumeur enveloppée de l'appareil suspenseur des bourses, celui-ci se continuant, en haut avec le fascia superficialis de l'abdomen, et en bas avec l'aponévrose superficielle du périnée. Ce n'est évidemment pas là la véritable membrane enveloppante de la masse injectée, puisqu'elle est ouverte par en haut pour livrer passage au cordon ; le liquide pourrait donc filer vers le haut par cette ouverture et vers le bas sous l'aponévrose superficielle du périnée ; il n'y aurait non plus aucune raison pour que la matière injectée n'entourât pas le testicule de tous les côtés.

Mais disséquons soigneusement cette membrane externe fibreuse, plus ou moins épaisse, jaunâtre et chargée de graisse ; nous tomberons alors sur une autre membrane interne très-fine, immédiatement appliquée sur la tumeur, dont on peut voir par transparence le contenu, comme si rien n'était interposé. Cette enveloppe est continue autour de la tumeur, et c'est bien elle qui détermine sa forme et sa fixité. En effet, en contournant la tumeur du côté interne aussi bien que du côté externe on tombe avec le scalpel sur une lame tendineuse très-nette, très-dure, s'insérant solidement tout le long de la crête ischio-pubienne entre les insortions du muscle ischio-caverneux, du côté interne, et les insertions du sac fibreux scrotal, du côté externe.

De ce large pédicule tendineux partent les membranes celluleuses qui vont recouvrir la tumeur des deux côtés, par en bas et par en haut, membranes qui en réalité n'en forment qu'une seule. De sorte que l'on peut comparer cette tumeur à ce jouet si connu des enfants et consistant en un ballon de caoutchouc très-fin qu'on peut gonfler d'air par un ajutage en bois ; cet air en ressortant fait vibrer une lame élastique fortement tendue sur cet ajutage. Ce ballon à l'état de vacuité est ratatiné, réduit à sa plus simple expression ; quand on le gonfle d'air, ses parois se développent, non pas dans tous les sens, mais en rayonnant pour ainsi dire d'un point fixe qui est l'endroit de son insertion sur l'ajutage. Il en est de



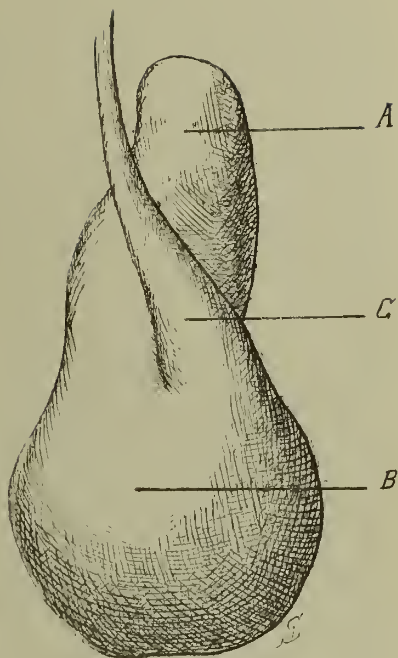


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 1. — Tumeur de la cavité scrotale droite, chez un homme de 40 ans. Vue par derrière.

A. — Cordon spermatique (canal déférent, à la partie interne).
B. — Tête de l'épididyme.
C. — Testicule débarrassé de sa vaginale, en inversion antéro-latérale.
D. — Queue de l'épididyme se repliant en avant du testicule.
E. — Bord externe de la tumeur.
F. — Base de la tumeur.

Fig. 2. — Tumeur de la cavité scrotale gauche, chex un enfant de deux mois. — Vue par derrière.

A. — Sommet.
B. — Base.
C. — Testicule et cordon entourés des deux tuniques vaginale et fibreuse, et situés à la partie postéro-interne de la masse injectee.

même pour cette enveloppe conjonctive qui, à l'état normal, est appendue à la crête ischio-pubienne et dont les parois se séparent l'une de l'autre dans divers états pathologiques. Les insertions par derrière étant fixes, la membrane est obligée de se développer dans tous les autres sens, en haut, en bas et en avant.

On aperçoit dans la membrane ainsi tendue la continuation des fibres tendineuses d'insertion ; elles ont une couleur plus foncée que la lamelle conjonctive dans laquelle elles servent de filet de soutien. Ces fibres rayonnent depuis l'insertion fixe, comme les branches d'un éventail, et entourent la tumeur comme d'un réseau. Il est à noter que la membrane d'enveloppe devient de moins en moins épaisse et résistante à mesure qu'on arrive aux extrémités antérieure, inférieure et supérieure de la tumeur.

Autre fait à noter, c'est que la lame tendineuse ischio-pubienne se continue par une autre lame simplement celluleuse, qui ne sert que de trait d'union entre la pointe de la tumeur et la symphyse pubienne. C'est une membrane directrice de la tumeur, si je puis m'exprimer ainsi, s'insérant par une ligne non interrompue sur la symphyse pubienne jusqu'à l'épine du pubis, en-dedans des insertions de l'appareil suspenseur des bourses ; c'est un élément de soutien de la tumeur, mais non un élément constituant de la paroi. Quelques autres fibres conjonctives se continuent à la partie inférieure et postérieure de la tumeur avec le sac fibreux et l'aponévrose périnéale superficielle. Ce qui fait que la tumeur est retenue contre les os ischio-pubiens d'abord par son pédicule, ensuite par ses deux pôles.

La matière injectée ne se trouve donc pas sous la peau comme une sérosité dans le tissu cellulaire, mais elle se comporte comme un exsudat dans une bourse synoviale ou dans une gaîne tendineuse. Son expansion est limitée par une cavité close. Cette espèce de paroi n'est mise en évidence que par l'injection. Elle se laisserait encore démontrer, suivant M. Disse, sans injection préalable, en durcissant le scrotum dans l'acide chromique ou l'alcool fort.

Cette cavité close est traversée par une série de membranes de séparation qui la partagent incomplètement en compartiments. Beaucoup de ces membranes vont de la crête ischio-pubienne à la périphérie de l'enveloppe générale. C'est dans cet espace scrotal que se trouve la sérosité dans les œdèmes circonscrits, comme le sang dans les hématocèles, et l'air dans les tumeurs gazeuses. Ce sac se range parmis les cavités du tissu cellulaire à parois propres. Il représente un système de cavités appendues ensemble et possédant une seule enveloppe commune.

Aussi pouvons-nous comparer ces cavités à des bourses synoviales multiloculaires, mais le contenu ne serait pas de la synovie, bien que, d'après un passage de Malgaigne, on ait pu croire que ces cellules contiennent une petite quantité de liquide : « Au scrotum, par exemple, il y a de véritables cellules humectées par un liquide séreux, et rendues sensibles par l'œdème. (1). » — L'œdème localisé et unilatéral des bourses pourrait surtout bien provenir d'un épanchement dans la cavité et on aurait le droit de le considérer comme une inflammation de cette poche avec exsudat séreux.

Mais avant de quitter cette étude de la cavité virtuelle du tissu cellulaire sous-dartoïque, il faut que nous discutions une question qui se pose tout naturellement à l'esprit et qui a son importance plutôt au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. Cette cavité virtuelle est-elle bien unique ? En d'autres termes, est-ce bien à une espèce de bourse synoviale multiloculaire que nous avons affaire ? Ou bien le tissu cellulaire n'est-il pas plutôt distribué de telle façon que ses lames, disposées en couches concentriques autour de la crête ischio-pubienne, forme autant de bourses synoviales, qu'il y a de ces couches concentriques ?

Au premier abord, on se rangerait à ce dernier avis. En effet, comment se fait-il qu'en introduisant la canule à un endroit quelconque de la partie antérieure du scrotum et à une profondeur plus ou moins grande, on obtienne toujours la même forme de tumeur ? En supposant ces bourses synoviales concentriques, on s'expliquerait facilement que, quelle que soit la profondeur à laquelle on pénètre, on remplit une de ces cavités, qui, en se dilatant, refoulerait les autres dans tous les sens, vers la périphérie.

Malheureusement, ces suppositions ne sont que théoriques et en contradiction avec les faits. M. Disse a déjà remarqué que « la tumeur est traversée par une série de membranes qui courent parallèlement à sa paroi et la divisent en compartiments incomplets. »

De notre côté, en produisant cette tumeur artificielle par des injections de cire, en durcissant une fine tranche de toute la masse dans l'alcool et en dissolvant la cire dans la térébenthine, nous avons mis en évidence un vrai fouillis de lames conjonctives, reliées les unes aux autres et avec la lame enveloppante. Nous sommes arrivé au même résultat en injectant de la gélatine bien claire dans la cavité virtuelle : les travées fibreuses tranchaient nettement sur toute la masse. — Ces couches concentriques exis-

---

(1) Malgaigne. — *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 83.

tent donc, mais elles communiquent les unes avec les autres et sont entourées d'une membrane qui, elle, est sans ouverture.

Une preuve à ajouter à toutes les autres en faveur de l'unité de cavité synoviale, c'est la disposition des vaisseaux dans la tumeur. Si celle-ci se formait dans une de ces lames concentriques dont nous parlions, les vaisseaux seraient toujours refoulés vers la périphérie. Or, c'est là une disposition que nous n'avons jamais observée : les vaisseaux, au contraire traversaient toujours directement la tumeur, comme nous avons pu nous en assurer en injectant préalablement ces vaisseaux. Sur un de nos sujets, nous avons nettement pu suivre l'entrée de l'artère honteuse externe inférieure dans la partie supérieure et antéro-latérale de la tumeur, dans laquelle elle s'anastomosait avec l'artère périnéale (branche de la honteuse interne) ; celle-ci entrait par la partie postérieure de la tumeur et à l'endroit l'insertion de celle-ci sur la crête ischiatique.

Y a-t-il un endothélium sur les parois ? C'est probable, mais nous n'avons pas pu vérifier le fait, car pour constater la présence des épithéliums, il faudrait pouvoir les étudier immédiatement après la mort. L'occasion ne nous en a pas été offerte.

II. — La cavité scrotale (Spaltraum) chez le fœtus mâle.

Tant que le testicule est dans l'abdomen, le scrotum ne se laisse pas injecter, mais la substance injectée se répand d'une autre façon qu'après la naissance. Il ne se forme pas une cavité bien limitée, mais il survient une infiltration du tissu cellulaire lâche, comme cela a lieu pour l'urine, quand elle sort du périnée par une blessure de l'urèthre.

Le scrotum se remplit et l'injection s'étend sur le périnée, le pénis et l'abdomen ; au périnée, elle pénètre jusqu'au bulbe de l'urèthre. Les parois solides qui limitent la masse manquent chez le fœtus, d'où provient l'infiltration diffuse. Nous devons donc admettre que ce n'est que vers l'époque de la naissance, que la cavité scrotale à parois propres se forme.

III. — Vaisseaux et nerfs du Scrotum.

Artères. — C'est ici le lieu de rappeler que la nutrition des bourses est assurée par un double système de branches artérielles venues de sources différentes et dont les rameaux communiquent largement les uns avec les autres. Deux viennent de l'hypogastrique, ce sont les *honteuses internes* ; deux autres, les *honteuses externes*, sont fournies par la fémorale à son tiers supérieur. La vascularisation du scrotum est donc garantie contre les blessures des gros troncs; bien plus, elle peut contribuer à rétablir la circu-

lation générale, grâce à sa puissante organisation anastomotique. Chez un homme, dont l'iliaque externe était oblitérée dans toute son étendue, M. Sappey a vu ces anastomoses atteindre le volume d'une grosse plume de corbeau et livrer passage à des courants multiples qui se rendaient de l'artère fémorale gauche dans l'artère fémorale droite.

Les *honteuses externes* ou *génitales externes*, appelées aussi *scrotales*, sont au nombre de deux, l'une *supérieure* sous-cutanée, l'autre *inférieure* ou sous-aponévrotique. La première naît de la fémorale immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, la seconde prend naissance à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la précédente ; mais assez souvent on les voit unies à leur origine en un tronc commun. Rarement on a vu la branche inférieure issue de la fémorale profonde.

La honteuse supérieure sort de la gaîne vasculaire à travers un de ses nombreux orifices, puis, s'acheminant entre la peau et l'aponévrose, gagne horizontalement la région scrotale où elle se divise en deux branches : l'une va se perdre dans les téguments sus-pubiens ; l'autre, descendante, se ramifie dans la peau des bourses et du pénis et quelquefois fournit la dorsale de la verge.

La honteuse inférieure croise transversalement le nerf accessoire du saphène interne et la veine fémorale au-dessous de l'embouchure de la saphène, puis chemine sous l'aponévrose, appliquée sur le pectiné, devient sous-cutanée au-devant du premier adducteur, et, gagnant le scrotum, s'y perd en une infinité de ramuscules. Cette artère s'anastomose avec les rameaux honteux externes supérieurs et le congénère de l'autre côté. Les communications avec la honteuse interne et l'obturatrice d'une part et la funiculaire d'autre part, établiront une large voie collatérale entre les artères de la cuisse et le système vasculaire intra-pubien.

De la *honteuse interne* la *branche périnéale* seule doit être décrite ici. Elle naît du tronc honteux à 1 centimètre au-dessus et en arrière de la branche ischiatique ascendante, traverse le périnée d'arrière en avant, en longeant la branche ischio-pubienne et gagne enfin la racine des bourses et la cloison. Ses divisions terminales sont les unes externes et les autres internes ; les premières sont dirigées en avant et en dehors et ramifiées dans le scrotum et le dartos, où elles s'anastomosent avec les honteuses externes ; les autres, internes, artères de la cloison, quelquefois nées d'un tronc commun, se répandent dans le septum scrotal et le traversent pour aller se perdre dans le milieu vers les parties latérales de l'enveloppe scrotale.

Veines. — Les veines sont for' nombreuses et présentent souvent une dilatation variqueuse considérable. A l'état normal et à travers le fin tégument scrotal, on peut aisément les distinguer, les unes sous forme de

rameaux délicats d'un rouge vineux, d'autres, plus grosses, sillonnant la peau de leur relief bleuâtre. Chaque artère est entourée de deux veines. Les honteuses externes vont s'ouvrir dans la saphène interne ; celles qui accompagnent l'artère périnéale superficielle forment un important plexus sous le bulbe, rejoignent la honteuse interne, et, de là, gagnent l'iliaque interne. On voit en outre beaucoup de branches irrégulières s'abouchant dans les dorsales de la verge. Les veines du cordon communiquent toujours largement avec celles des téguments, principalement les honteuses externes.

Vaisseaux lymphatiques. — Les vaisseaux lymphatiques forment au scrotum un réseau très riche dont les branches vont se jeter dans les ganglions inguinaux, au-dessus du ligament de Poupart. Nous ne rappellerons que pour mémoire qu'on observe quelquefois des dilatations kystiques des canaux lymphatiques (1).

Nerfs. — Pour comprendre les douleurs intenses auxquelles donnent quelquefois lieu les épanchements sanguins du scrotum, il est nécessaire de rappeler l'innervation assez riche du scrotum.

Les nerfs sont fournis par les plexus lombaire et sacré.

Des quatre branches collatérales du plexus lombaire, trois contribuent à l'innervation des bourses ; ce sont : 1° la *grande abdomino-génitale* ou *supérieure*, laquelle, au niveau de la crête iliaque, se divise en deux rameaux, l'un abdominal proprement dit, l'autre pubien, qui s'épanouit en nombreux filets sous le mont de Vénus et la racine des bourses ; 2° la *petite abdomino-génitale* ou *inférieure*, qui présente un rameau destiné à s'épanouir dans les téguments du pubis et du scrotum, après avoir encore traversé le canal inguinal ; la *génito-crurale* ou *inguino-cutanée interne*, dont un rameau scrotal croise l'artère épigastrique, pénètre dans le canal inguinal et en sort pour se porter verticalement en bas et se ramifier en arrière du cordon dans la peau du scrotum.

Les rameaux originaires du plexus sacré sont fournis par deux de ses branches collatérales, le *honteux interne* et le *fessier inférieur* ou *petit ischiatique*.

Le *honteux interne* rappelle, par son trajet et ses divisions, le tronc artériel du même nom. Nous nous bornerons donc à signaler la *branche périnéale*, avec son collatéral le *rameau périnéal externe* et ses branches de terminaison, la superficielle et la profonde, auxquels est dévolue l'innervation de toute la région scrotale et de la verge à sa face inférieure.

---

(1) Duplay. — *Mutilation volontaire : amputation de la verge et des deux testicules à l'aide d'un rasoir : spermatocèle et dilatations kystiques lymphatiques.* In : Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1872, XVII, p. 217.

Quant au *fessier inférieur*, il fournit une branche génitale qui gagne la peau du périnée, puis des bourses et se divise en deux ramuscules terminaux, l'un externe, l'autre interne, qui d'arrière en avant sillonnent le sac scrotal, en dedans et en dehors. Cette branche s'anastomose avec la superficielle du périnée.

Dans les nerfs qui longent la cloison, Sappey a signalé la présence des corpuscules terminaux, dits de Pacini.

II. — Anatomie pathologique de l'hématome du scrotum.

Quand il se produit une contusion au scrotum, toutes les parties constituant les enveloppes du testicule et le testicule lui-même peuvent être intéressés. Mais, disons-le de suite, le testicule, par sa mobilité, échappe presque toujours aux traumatismes et ce sont ses téguments qui présentent les plus graves désordres. Nous relatons cependant deux cas d'Hématomes pariétaux chez des chevaux, chez lesquels la source de l'hémorrhagie était dans la glande elle-même. Ce sang trouva une issue à travers une éraillure de l'albuginée, se déversa dans la vaginale qui, se trouvant elle-même déchirée, laissa filer le sang dans les tissus sous-cutanés. — Ce n'est là qu'un mécanisme accidentel pour la production de l'hématome du scrotum ; la source de l'épanchement sanguin se trouvera presque toujours dans les teguments eux-mêmes.

Si le degré de contusion est faible, nous pouvons n'observer qu'une simple ecchymose de la peau des bourses, due à la rupture d'un vaisseau du derme ; cette ecchymose sera d'autant plus vaste que le vaisseau rompu sera plus considérable et que le sang fera plus rapidement irruption sous l'épiderme. Nous pensons que cette hémorrhagie sera rarement assez abondante pour produire une infiltration considérable des bourses ; tout au plus devra-t-on observer un léger empâtement des téguments.

Il n'en sera plus de même lorsque la contusion aura déchiré quelque vaisseau du tissu dartoïque ou du tissu cellulaire sous-dartoïque. Comme la texture de ces téguments est beaucoup plus lâche, le vaisseau divisé pourra donner librement et continuera à donner, tant qu'il ne sera pas comprime par la quantité de sang elle-même formant tumeur. La laxité des tissus favorisera la diffusion du sang dans la bourse du même côté, car ce sera sans doute toujours dans le sac fibreux décrit par Sappey, sinon dans le sac séreux décrit par nous, que se former ont les collections sanguines. Le sang une fois épanché pourra ou bien se résorber, ou bien s'enkyster. Nous n'avons pas à décrire ces deux mécanismes et nous

renvoyons pour leur étude aux ouvrages spéciaux d'anatomie pathologique ou de pathologie chirurgicale générale (1). Le sang proviendra soit des vaisseaux propres du tissu cellulaire sous-dartoïque, soit de ceux qui, très-nombreux rampent dans la face externe de la tunique fibreuse ; nous croyons que rarement les vaisseaux du derme donneront naissance à ces vastes collections sanguines.

Le traumatisme pourra aussi atteindre le riche réseau de vaisseaux, qui est situé sur chacune des faces du septum scrotal, entre le tissu propre de la cloison et ses deux revêtements fibro-musculaires (2). Le sang peut alors n'occuper que ce septum, emprisonné qu'il est par deux murailles, d'ailleurs extensibles ; on pourra observer l'infiltration sanguine se terminant par résorption, et l'épanchement de sang aboutissant soit à la résorption, soit à l'enkystement.

Enfin les vaisseaux de la face externe de la tunique vaginale ou bien ceux du cordon pourront être lésés et donner lieu à une hémorrhagie qui occupera d'abord tout le cordon pour se limiter ensuite à la partie inférieure périvaginale, ou qui se cantonnera d'emblée dans cet endroit. Nous croyons devoir faire rentrer cette forme d'épanchement sanguin, dans les hématomes du scrotum, parce que le sang, ne se trouvant pas dans une séreuse, s'enkyste dans le tissu cellulaire de la partie inférieure du cordon, comme il le fait dans le tissu cellulaire du scrotum et dans le septum, de sorte que, cliniquement, il sera pour ainsi dire toujours impossible de les différencier entre eux. Ces hématomes enkystés périvaginaux (extravaginaux, de Kocher) sont remarquables par leurs fortes adhérences avec la fibreuse d'une part et la vaginale de l'autre.

A côté de ces hémorrhagies par traumatisme il en est d'autres qui proviennent des causes les plus diverses, mais ce sont toujours les mêmes vaisseaux qui sont atteints et ce sont les mêmes formes, infiltrée ou par épanchement, qui sont observées, et suivies soit de résorption soit d'enkystement.

---

(1) Billroth et Van Winiwarter. — *Pathologie et thérapeutique chirurgicales générales, trad. Delbastaille.* Paris, 1887, p. 179. — Berne. — *Pathologie chirurgicale générale.* Paris, 1883, II. Article : Contusion.

(2) Barrois. — *Loc. cit.* — Voir planche III, fig. 3.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

De Graaf (R.). *De virorum organis generationi inservientibus.* Leyder 1668.

Leal Leali. — *De partibus conficientibus in viro.* Padoue, 1686.

Winslow. — *Traïté du bas-ventre*, § 499.

Roederer (J.-G.). — *De genitalibus virorum.* Gœttingen, 1758.

Neubauer (J.-E.). — *De tunicis vaginalibus testis et funiculi spermatici dissertatio.* Giessen, 1765.

Santorini. — *De virorum naturalibus.* In : *Observ. anat.*, 1 cap. X.

Morgagni. – Adv. Anat., tome IV. « An I. »

Bondioli (P.-A.). — *Sul numero delle tonache vaginali del testicolo.* Padoue, 1780.

Brugnone (J.). — *De testium in fœtu positu, eorum in scrotum descensu, tunicarum quibus continentur, numero et origine.* Leyde, 1788.

Tumiati. — *Richerche anatomiche intorno alle tonache dei testicoli.* Venise, 1790.

Monro (A.). — *Remarks on the spermatic vessels, and the scrotum, with its contents.* In : *Medical Essays*, vol. V, ch. I, p. 205-222.

Gerdy. — *Mélanges d'anatomie.* Paris, 1875.

Wilson (J.). — *Lectures on the structure and physiology of the urinary and genital organs of the human body* Londres, 1821.

Barrois (T.-C.). - *Contribution à l'étude des enveloppes du testicule.* Thèse de doctorat. Lille, 1882.

Jullien (L.). — In : *Nouveau dict. de méd. et de chir. pratiques* (Jaccoud), t. XXXII, 1882. Paris, p. 756. Art. : Scrotum.

Gosselin et Walther. — Art. : Testicule, in : *Diction. de méd. et de chir. pratiques*, 1883.

Beaunis (H.) et Bouchard (A.). — *Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie*, 4e édit. Paris, 1885, p. 811.

Morel et Duval. — *Manuel de l'anatomiste*, in-8°, Paris, 1883, p. 1082.

Index catalogue. — Washington, 1880, vol. V. Art. : *Anatomy of genitals.*

Sappey. — *Traité d'anatomie descriptive*, 4e édit. Paris, 1888-1889, 4 vol. in-8°.

Bramann (F.). — *Der Processus vaginalis und sein Verhalten bei Storungen des Descensus Testiculorum.* — Le processus vaginal et sa manière d'être dans les anomalies de descente du testicule. *Archiv für Klinische Chirurgie. von Langenbeck*, tome XL, 1re partie, 1890, p. 137.

CHAPITRE III

Définition de l'hématome du scrotum.

Connaissant l'anatomie du scrotum, nous sommes en mesure de discuter la valeur et la justesse du mot hématocèle appliqué aux épanchements sauguins des bourses. — Hématocèle (Αἷμα, sang ; κήλη, poche) veut dire à proprement parler : poche de sang ; ce mot pourrait donc servir à tous les genres d'épanchements sanguins enkystés. Mais l'usage a prévalu et a conservé ce mot Hématocèle pour désigner uniquement les collections sanguines qui se forment, chez l'homme dans le testicule et ses enveloppes, chez la femme autour de l'utérus.

Presque tous les auteurs qui ont traité de l'hématocèle pariétale du scrotum en ont décrit deux espèces : *l'hématocèle pariétale par infiltration* et *l'hématocèle pariétale par épanchement*, la première comprenant les simples ecchymoses aussi bien que des empâtements plus considérables du tissu cellulaire sous-cutané, la seconde comprenant les collections de sang bien délimitées dans le tissu cellulaire du scrotum. Il est évident que dans ce dernier cas l'emploi du mot hématocèle est très-légitime : il y a, en effet, une poche bien délimitée et qui contient du sang. Mais pourquoi avoir appelé la simple infiltration de sang : hématocèle par infiltration ? puisque le sang se diffuse dans le tissu cellulaire sans former de collection ? On ne devrait pas plus donner le même nom à ces deux espèces différentes d'extravasation sanguine, qu'on ne devrait confondre une hydrocèle pariétale avec un œdème du scrotum. Et pour être logique, il faudrait adopter une double dénomination : *infiltration sanguine* et *hématocèle pariétale du scrotum*, l'hématocèle se formant dans cette poche virtuelle que l'anatomie nous démontre, et l'infiltration sanguine se faisant dans tout ce qui n'est pas cette poche.

Quant à nous, nous avons préféré adopter, à l'exemple de M. Kocher, un terme plus général, s'appliquant également aux états si différents de l'extravasat sanguin dans le scrotum. Le mot *hématome* ne préjuge rien sur la nature de la tumeur sanguine, il nous renseigne sur la présence du sang dans le tissu cellulaire du scrotum, sans nous indiquer si ce sang se trouve simplement infiltré ou bien s'il forme un kyste bien délimité dans les bourses.

Peut-être nous objectera-t-on qu'en adoptant définitivement cette

dénomination nouvelle, nous rompons avec un vocabulaire déjà ancien, accepté jusqu'ici sans discussion, qui, s'il n'est pas très juste, a du moins le mérite de grouper sous le même nom deux affections se touchant de bien près et coexistant souvent ensemble. Nous ne prétendons pas proscrire complètement l'expression d'hématocèle pariétale, mais nous dirons que son emploi n'est logique que dans un seul cas : c'est quand le sang, s'épanchant dans cette cavité virtuelle que nous avons décrite au scrotum comme faisant un organe bien à part, donne réellement naissance à une poche sanguine.

Or, s'il existe quelques observations permettant de faire croire que c'est bien dans cette espèce de poche séreuse que s'est épanché le sang, les cas sont bien plus nombreux où le sang a occupé tout le tissu cellulaire sous-cutané du scrotum, pour se résorber ensuite complètement ou pour former une tumeur sanguine enkystée des bourses. Et on verra que ces tumeurs sanguines enkystées occupent quelquefois les positions les plus diverses.

Il nous semble donc plus simple d'adopter le mot hématome pour désigner toute espèce de collection sanguine du tissu cellulaire des bourses. Cette expression aura en outre l'avantage d'exclure toute confusion avec les épanchements sanguins qui peuvent se former dans des cavités préexistantes au scrotum, comme les sacs herniaires, les kystes sébacés... Ce sont là de véritables hématocèles, dont nous serons amené à parler à propos du diagnostic différentiel entre les tumeurs des bourses et l'hématome du scrotum.

CHAPITRE IV

Observations cliniques d'Hématocèles Pariétales du scrotum.

Nous avons été obligé d'établir un certain nombre de titres spéciaux sous lesquels nous avons groupé les observations ayant à peu près les mêmes causes et les mêmes caractères. C'est ainsi que nous sommes arrivé à former treize catégories, comprenant l'hématome : des nouveau-nés, — spontané, — par effort, — par traumatisme, — par rupture de varicocèle, — à la suite d'opérations chirurgicales sur l'aine ou le périnée, — après la ponction de la vaginale, — par rupture de la vaginale. — par infiltration venant d'un foyer éloigné, — par rupture de l'albuginée et de la vaginale, chez deux chevaux, — dans un abcès du scrotum, — par rupture des adducteurs de la cuisse, — périvaginal.

I. — Hématome du scrotum chez les nouveau-nés, dans la naissance par le siège.

Nous nous demandons si ce n'est pas à la suite d'un hématome du scrotum que Mauriceau a vu survenir un abcès phlegmoneux des bourses, qui fit mourir l'enfant (1).

En tout cas, ce n'est qu'en 1797 que le docteur Le Roy (2) attira

(1) François Mauriceau. — Enfant né depuis vingt-huit jours qui avait un abcès phlegmoneux entre les membranes propres du testicule, qui le fit mourir.

In : *Observations sur la grossesse des femmes et sur leurs maladies et celles des enfans nouveaux-nez*, Paris 1728, T. II, p. 432.

(2) L.-D. Le Roy. — In : *Verhandelingen der Genootchap tot Bevoordering der Genees-en Heelkunde opgeregt tot Antwerpen, onder de Zinspreuk : Occidit, qui non servat.* (Publications de la société érigée à Anvers sous le titre : Occidit qui non servat, pour l'avancement de la médecine et de la chirurgie). — Anvers, an VI (1797), 2e année. — Nous tenons à remercier ici M. le docteur De Mets, secrétaire de la société de médecine d'Anvers, pour la complaisance avec laquelle il a mis à notre service sa connaissance de la langue flamande.

l'attention du monde médical sur un accident pouvant accompagner la naissance par les fesses : « Nous avons eu l'occasion, dit-il, d'assister à maints accouchements laborieux, soit comme consultant, soit comme opérateur ; nous avons remarqué dans les présentations par les fesses, le siège étant fortement descendu et le sujet du sexe masculin, que celui-ci venait le plus souvent à l'état de mort apparente et succombait bientôt après. Nous avons examiné soigneusement ces cas et avons remarqué que le scrotum était tuméfié, ecchymosé... »

En 1827, le professeur Graefe (1) parle bien de l'hydrocèle des nouveau-nés qu'il guérissait en faisant des applications d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque aiguisée avec du vinaigre scillitique.

Il faut que nous arrivions jusqu'à l'annee 1848 pour voir la question traitée à nouveau, toujours par un flamand, le docteur Van Hæsendonck (2) qui nous rapporte deux cas d'hématocèle pariétale chez des nouveau-nés qu'il a eu à observer dans sa pratique journalière. Suivant cet auteur cet accident a surtout lieu lorsque les fesses se présentent dans la troisième ou quatrième position, et que les eaux amniotiques sont écoulées depuis longtemps.

En dehors de ces observations, nous n'avons rien pu trouver qui fît même allusion à cet accident possible dans la naissance par les fesses : obstétriciens et chirurgiens sont absolument muets sur cette question. Seul, Bouisson en dit quelques mots, mais sans y insister. Il est donc fort probable que rarement la naissance par le siège donne lieu à des hématocèles aussi considérables que celles observées par le Roy, Van Hæsendonck et Bouisson, car elles n'auraient pas manqué d'attirer l'attention des chirurgiens accoucheurs.

Cet hématome du scrotum chez les nouveau-nés, résulte, selon nous, du défaut d'équilibre qui survient dans la circulation capillaire, lorsque les parties qui avoisinent les bourses sont comprimées par les contractions de l'utérus, et que le scrotum, exonéré de cette pression, devient le siège d'un afflux sanguin très-prononcé. Cette tumeur est analogue à celle qui, dans la région crânienne, est connue sous le nom de céphalhématome (3), et qui résulte d'un effet mécanique comparable à celui d'une ventouse.

---

(1) *Rap. de l'Institut. de clin. chir. et ophth. de l'Univers. de Berlin, 1827,*

(2) Van Hæsendonck. — *Annales de la Société de médecine d'Anvers 1848,* et *Revue médico-chirurgicale de Paris,* Tome IV, 1848, p. 175.

(3) Martellière. — *De la bosse séro-sanguine,* Thèse de doctorat, Paris, 1879.

Observations I-III

Hématomes pariétaux du scrotum chez des nouveau-nés (présentation des fesses).

par Le Roy.

Cette première observation remonte au 2 décembre 1788. J'assistais à un accouchement avec maître Van der Linden, chirurgien de la ville. L'enfant, du sexe masculin, se présentait par le siège. L'engagement était trop accentué pour permettre la version : les pieds ne pouvaient être saisis. Force nous fut donc de laisser marcher les choses. Le travail, très lent, se termina naturellement. L'enfant, qui cependant avait donné des signes de vie au début, était mort : il était bien constitué et la mort devait être récente. — *Le scrotum qui, pendant le travail, avait pendu très-bas, hors des fesses, était considérablement gonflé.*

La deuxième observation date du 5 mai 1789. Je suis appelé auprès d'une marchande foraine qui venait d'accoucher d'un enfant mort-né. L'accouchée était épuisée par une hémorrhagie abondante. La sage-femme, encore présente, me rapporta que le travail avait été très-lent et difficile, qu'il y avait eu présentation du siège. J'examinai l'enfant mort; il était gros et bien venu, les chairs fermes et encore chaudes. — *Le scrotum, très-tuméfié, contusionné, était d'un rouge vif et noirâtre par endroits.*

La troisième observation s'est présentée à moi et à maître Van Essche, chirurgien-accoucheur, dans un hôtel. La femme d'un officier hollandais y avait donné le jour à un garçon vivant. Une hémorrhagie abondante cessa après l'extraction du placenta, qu'il fallut décoller en tirant. Le mari nous montra l'enfant et nous demanda s'il n'y avait pas moyen de réduire *le scrotum gonflé, tuméfié.* La sage-femme, interrogée, nous apprend qu'il y avait eu présentation du siège et que le scrotum pendait très-bas pendant le travail et avait été contusionné par la descente.

Nous fîmes appliquer des cataplasmes de fleurs de sureau et de guimauve sur les parties. Néanmoins le lendemain l'inflammation n'avait pas diminué ; elle avait gagné la peau du bas-ventre. *Le scrotum devint noirâtre et se gangréna* ; en dépit de tous les moyens antiseptiques, l'inflammation eut le dessus, et l'enfant mourut le soir.

La quatrième observation a été recueillie en compagnie du même accoucheur Van Essche. — La femme Etœldrager, primipare, était en travail depuis trois jours. Van Essche fut appelé à mon secours. Au toucher, nous reconnûmes que le siège était fortement engagé et allait arriver au couronnement inférieur. Le scrotum pen-

dait sous les fesses, contusionné et gonflé. L'accoucheur voyant qu'il était urgent d'en finir, introduisit aussi haut que possible ses deux index et, accrochant les plis des aines, profita de quelques douleurs pour faire traction et entraîna au dehors l'enfant plié en deux et vivant.

En l'examinant, nous trouvâmes *le scrotum extraordinairement tuméfié, contusionné et meurtri* ; à certains endroits même il était dénudé (probablement par le toucher trop fréquent de la sage-femme). Les testicules étaient à nu. Nous fîmes appliquer ce jour des compresses émollientes, aiguisées de vin blanc. Peine perdue ; la gangrène gagna tout le scrotum et les organes génitaux. L'enfant mourut le lendemain de convulsions.

Observations IV-V.

Deux cas de contusion du scrotum dans la naissance par les fesses.

Par Van Hæsendonck (1).

L'épouse Schetters, assistée par sa mère, qui se flattait de parvenir à la délivrer, était en mal d'enfant depuis trois jours déjà, lorsque je fus appelé auprès d'elle. Les deux fesses se présentaient en quatrième position. Comme elles étaient profondément engagées dans l'excavation, je glissai dans l'aîne de l'enfant l'indicateur que je recourbai en crochet et, aidé par quelques douleurs, je parvins à l'amener au-dehors.

En examinant l'enfant après la naissance, je remarquai que le scrotum était fortement tuméfié, d'une couleur plombée, et présentant des excoriations en plusieurs endroits. J'y fis appliquer des fomentations émollientes. Malgré ces précautions, l'inflammation n'avait pas diminué le lendemain ; le scrotum était noirâtre et menacé de gangrène. L'enfant mourut vers le soir.

Appelé auprès de la dame Plasmans, déjà en travail depuis quelque temps, je reconnus une présentation des fesses. Quoique les douleurs fussent faibles et rares, je la délivrai rapidement en glissant dans l'aîne de l'enfant l'indicateur que je recourbai en crochet.

L'enfant avait les bourses fortement gonflées et irritées. Des fomentations émollientes aiguisées d'un peu de vin blanc y furent appliquées. Le lendemain, la gangrène avait envahi tout le scrotum et les autres parties génitales. L'enfant mourut le même jour.

(1) *Annales de la Société de médecine d'Anvers — Revue médico-chirurgicale de Paris*, Tome IV, 1848, p. 175.

Observation XIX.

Hématocèle pariétale dans la naissance par les fesses

Par Bouisson (1).

J'ai vu dans un cas d'accouchement par le siège, une ecchymose scrotale énorme, qui avait donné à cette région un volume et une couleur violacée-très prononcés.

Que devons-nous conclure de la lecture de ces différents cas rapportés par des hommes consciencieux ? Dirons-nous, avec les anciens, que la naissance par les fesses est dangereuse et qu'il faut toujours chercher à faire la version podalique ? Ce serait nous mettre en contradiction avec l'observation journalière qui nous démontre que la présentation du siège est tout aussi favorable à l'accouchement que la présentation de la face. — Nous ne pouvons cependant pas nier que dans la présentation des fesses, l'enfant appartenant au sexe masculin court de grands risques. Il nous semble qu'il ne faut pas attribuer à la contusion des bourses une plus grande importance qu'elle n'en comporte, car il y a bien d'autres causes qui peuvent occasionner la mort, et tous les jours les accoucheurs peuvent observer des enfants présentant, à leur naissance, des bourses fortement tuméfiées et d'une couleur livide, qui n'en continuent pas moins à vivre. Mais il est facile de comprendre que, si la contusion des bourses est violente, il peut se produire une inflammation qui gagnera les parties voisines et finalement emportera le nouveau-né.

C'est pour se mettre à l'abri de cette complication, que Le Roy et Van Hæsendonck ont imaginé de maintenir les bourses relevées par un procédé bien simple qu'ils ont eu l'occasion d'employer tous les deux dans deux cas que nous croyons intéressant de rapporter, vu leur brièveté et leur utilité pratique.

Cas de Le Roy. — Le 11 août 1792, je fus appelé par une sage-femme auprès d'une parturiente ; les eaux s'étaient écoulées depuis deux jours. Il y avait peu de douleurs ; l'enfant se présentait par le siège ; au toucher, je remarquai en même temps que le scrotum faisait procidence ; je tentai de faire la version et allai à la recherche des pieds. Mais la matrice, par suite de l'écoulement des eaux était trop revenue sur son contenu ; mes tentatives échouèrent et je dus laisser la présentation telle quelle.

Dans l'intervalle des douleurs, je repoussai légèrement les cuisses en haut et refoulai entre elles le scrotum qui faisait procidence. Aux premières contractions suivantes la procidence se reproduisit ; il en fut de même après chaque nouvelle tentative de réduction. Dès lors je ne fus plus tranquille : je me rappelais les conséquences fâcheuses des précédents accouchements par le siège.

A ce moment je tentai une fois de plus de réduire le scrotum ; je réussis, et il me

(1) Bouisson. — *Tribut à la chirurgie*, Montpellier, 1861, T. II, p. 414.

vint alors à l'idée de tamponner, au moyen d'un peu de charpie sèche, l'espace inter-fessier par où le scrotum descendait ; cette tentative fut couronnée d'un plein succès ; ni le scrotum, ni la charpie ne furent repoussés. La délivrance se fit promptement, et l'on ne trouva sur le scrotum aucune lésion, ni contusion.

Cas de Van Hœsendonck. — Le 16 avril 1848, je fus appelé auprès de l'épouse G. de Baat, âgée de 27 ans, d'un tempérament sanguin. En l'examinant, je reconnus une présentation des fesses en quatrième position. Les eaux étaient écoulées. Craignant que les bourses n'eussent encore à souffrir une compression trop forte, je soulevai un peu les cuisses pendant l'intervalle des douleurs, je repoussai le scrotum au-dessus d'elles, et, pour prévenir une nouvelle procidence pendant les douleurs, je remplis, avec de la ouate, l'espace compris entre les cuisses. L'accouchement se termina sans que les bourses présentassent la moindre trace de compression.

Ce procédé est toujours réalisable, à moins que l'engagement du siège soit trop prononcé pour permettre encore de le refouler vers le haut dans l'intervalle des douleurs. C'est là, en effet, une condition indispensable pour repousser le scrotum et pratiquer le tamponnement.

II — Hématomes spontanés du scrotum.

Sous ce titre, nous donnons quatre observations intéressantes par la production d'hématome sans traumatisme et sans efforts. Cependant nous avons hésité quelque peu, avant de faire rentrer dans cette catégorie l'observation de Lallemand ; en effet, dans les violents accès de colère n'y a-t-il pas contracture de certains muscles, et contracture même prolongée, constituant un véritable effort ?

Les autres hématomes se sont développés à la suite de maladies soit locales : l'orchite et l'érysipèle, soit générales : le scorbut. La syphilis, qui donne si souvent naissance à des hématocèles vaginales, n'a pas encore occasionné, que nous sachions, d'hématocèle pariétale.

L'hématome du scrotum développé sous l'influence du scorbut se présente rarement. Sur un grand nombre de scorbutiques traités dans son service, Bouisson, de Montpellier, n'en a constaté qu'un exemple, bien que les suffusions hématiques fussent très-étendues et multipliées chez les divers malades ; et dans les différents hôpitaux de Montpellier la même immunité a été remarquée.

Parmi les autres maladies dyscrasiques, l'*Anémie* paraît favoriser la production d'hématomes, dans les efforts, comme ce cas de Rehn (1) : Un

(1) Rehn. — *Centralblatt für Kinder.*, 1855, n° 6.

enfant de huit ans, fortement anémique, perçut, en portant une charge, une légère douleur et il se forma une tumeur scrotale, grosse comme le poing : c'était une hématocèle funiculaire. — La *Leucémie*, arrivée à sa période cachectique, est caractérisée par sa tendance aux hémorrhagies, aux œdèmes, à l'anasarque, à la fièvre hectique. De ces hémorrhagies ce sont les épistaxis, les entérorrhagies, les hémorrhagies gingivales, le purpura, qui se montrent avec le plus de fréquence ; viennent ensuite l'hémorrhagie cérébrale, l'hématémèse, l'hématurie, l'hémoptysie et les métrorrhagies. Les suffusions sanguines sous-cutanées sont quelquefois très abondantes, surtout au scrotum, chez les enfants. — La récente épidémie d'*Influenza* semble démontrer que cette maladie a une certaine action sur la prase sanguine ; et il ne serait pas étonnant qu'on eût observé des épanchements sanguins aux organes génitaux chez l'homme, comme on en a observé chez la femme. M. le docteur Régnier, de Bouzonville, nous a cité le cas d'une jeune fille de seize ans, chez qui il retrouva toutes les hémorrhagies de la période cachectique de la leucémie et surtout de la métrorrhagie.

Si nous avons pu recueillir une observation d'hématome spontané chez un scorbutique, il ne nous a pas été possible de trouver un seul cas de variole qui ait donné lieu à un épanchement sanguin dans les parois du scrotum. Et cependant l'influence variolique se fait souvent sentir dans les organes génitaux. — Déjà en 1847, Gosselin (1) avait trouvé sur la tunique vaginale de plusieurs varioleux morts soit avant, soit après la période de dessication, des pustules dont quelques-unes ombiliquées et du volume d'une petite lentille. — En 1859, Béraud (2) a publié un excellent travail sur l'orchite varioleuse, et il a été imité par Faneuil (3) et Goubeau (4). — En 1872, Cauchois (5) à Paris, et Behrend (6) à Berlin, constatent, le premier que la variole donne un coup de fouet à une hématocèle vaginale, le second que la variole avait fait disparaître une hydrocèle. Behrend explique cette

---

(1) Gosselin. — *Bulletin de la Soc. an. de Paris*, 1857, p. 107.

(2) Béraud (J.-B.). — *Recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses.* Archiv. gén. de méd., 1859, 5e série, t XIII, p. 274 et 557.

(3) Feneuil (E.). — *Recherches sur l'orchite varioleuse*, Thèse de Paris, 1873, n° 433.

(4) Goubeau. — *Des accidents qui compliquent la variole*, Thèse de Paris, 1869, n° 231.

(5) *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1872, p. 240. — Hématocèle ancienne de la tunique vaginale, d'origine traumatique, ayant pris un développement considérable pendant le cours d'une variole non hémorrhagique. Vaginalite chronique.

(6) *Archiv für Anatomie, de Virchow*, juillet 1872. — Spontane Heilung einer Hydrocele unter dem Einfluss von Variola.

résorption par un acte réflexe dû à l'irritation de la peau par les pustules varioleuses. — Enfin au *Premier Congrès allemand de dermatologie de Prague (1889)*, M. Chiari (1) a donné les résultats de ses examens de varioleux. En 1886, il a reconnu sur les testicules de quinze varioleux des lésions fort analogues à la pustulation cutanée, tant à l'œil nu qu'au microscope. Sur 62 autres cas, 45 fois les testicules étaient malades. Les masses nécrosées se résorbent sans jamais donner de supuration, puis le tissus se régénère, et finalement toute trace du mal disparaît.

Il nous paraît cependant possible que l'ulcération atteigne un vaisseau d'une certaine importance de la paroi vaginale et que le sang s'épanche sous la peau dans le tissu cellulaire. Ce n'est qu'une supposition, mais qui nous semble permise dans les cas de variole hémorrhagique surtout. (2)

Parmi les maladies générales qui peuvent favoriser les épanchements sanguins spontanés, n'oublions pas l'*Hémophilie*, dont un remarquable exemple a été rapporté par Grellois. (3) Un jeune soldat était entré à l'hôpital pour une épistaxis des plus abondantes, qui nécessita le tamponnement des fosses nasales. L'hémorrhagie ne s'arrêta complètement que le lendemain et fut aussitôt suivie d'hémorrhagie pharyngienne, trachéale et intestinale. Toute la surface du corps se couvrit d'ecchymoses du volume de la tête d'une grosse épingle ou d'un pois. Des ecchymoses superficielles ont été trouvées sur la plupart des organes, et notamment sur le poumon et sur le cœur. — Thormann, (4) rapporte le cas d'un jeune homme de 23 ans, hémophile qui avait reçu sur la région inguinale droite un coup de pied de vache. Pour commencer, pas d'incommodité, mais dans la nuit suivante une tumeur se développa rapidement avec douleurs lancinantes, localisées à droite. Le scrotum avait le volume d'une tête d'homme, était tendu, fluctuant et bleu foncé. La guérison se fit, sans opération, dans l'espace d'un mois.

Observation VI.

Hématocèle spontanée du scrotum (par épanchement) après un accès de colère

Par Lallemand (1).

Pendant un violent accès de colère, le scrotum devient tout à coup de la grosseur

---

(1) In : *Wiener Medical Presse*, 1889, n° 27, p. 1126.

(2) Voir Monod et Terrillon, *Maladies du testicule et de ses annexes*. Paris 1889, p. 135.

(3) *Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1836, p. 203.

(4) Thormann. — In : *Schweiz. Zeitschrift für Heilkunde*. Volume II.

(5). Lallemand. — *Lettres sur l'encéphale*, 1re lettre, § 16.

d'une tête de fœtus à terme, et d'un rouge violet ; une grande quantité de sang s'était épanchée dans les mailles du tissu cellulaire, comme après une violente contusion.

Observation VII.

Hématocèles du scrotum à la suite d'orchite et d'érysipèle

Par Bouisson (1).

Il est des circonstances où une fluxion sanguine très-intense occasionne la déchirure des vaisseaux capillaires et une hématocèle spontanée, ordinairement peu étendue ; c'est ainsi qu'une violente attaque d'orchite peut déterminer dans le scrotum, tantôt un œdème aigu, tantôt un épanchement sanguin. Nous avons vu le même effet se produire à l'occasion d'un érysipèle du scrotum, qui se compliqua d'un abcès sanguin spontané. Du sang s'était épanché pendant le mouvement fluxionnaire local, et plus tard une inflammation avec sécrétion purulente s'était formée autour du foyer sanguin, en sorte que la matière à laquelle le bistouri donna issue offrait le caractère d'un mélande de pus et de sang.

Observation VIII.

Hématocèle spontanée chez un scorbutique.

Par Bouisson (2).

Un exemple d'hématome sous-cutané a été fourni à Bouisson par un scorbutique chez lequel une extravasation sanguine, avec ecchymose considérable, s'était formée dans le scrotum à la suite d'une marche prolongée. La tumeur hématique du tissu cellulaire scrotal avait les caractères des épanchements sanguins qui se forment sous la peau des membres inférieurs, chez les sujets atteints de scorbut, et céda au traitement interne exigé par cette maladie.

L'extravasation, dans ce cas, se fait d'une manière lente et passive.

---

(1) Bouisson. — *Tribut à la chirurgie,* Tome II. p. 416. Montpellier, 1861.
(2) Bouisson. — *Loc. cit.*

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LALLEMAND. — *Lettres sur l'encéphale.* 1re lettre, § 16.
GRELLOIS. — In : *Bull. de la Soc. Anat. de Paris.* 1836, p. 203.
GOSSELIN. — In : *Bull. de la Soc. Anat. de Paris.* 1847, p. 107.
BÉRAUD (J.-B.). — *Recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses.* — In : Arch. gén. de méd., Paris, 1859, 5e série, t. XIII, p. 274 et 557.
BOUISSON. — *Tribut à la chirurgie.* Montpellier, 1861, II, p. 416.
GOUBEAU. — *Des accidents qui compliquent la variole.* Thèse de doctorat, Paris, 1869, n° 433.
CAUCHOIS. — In : *Bull. de la Soc. Anat. de Paris. 1872, p. 240.*
BEHREND. — In : *Archiv. für. Anat., de Virchow,* Berlin, 1872.
FANEUIL (E.). — *Recherches sur l'orchite varioleuse.* Thèse de doctorat, Paris, 1873, n° 433.
THORMANN. — *Schweiz. Zeitschr. f. Heilk.*, vol. II.
CHIARI. — In : *Wiener Medical Presse*, 1889, n° 27, p. 1126.

III. — Hématome du scrotum par effort.

Nous désignons ainsi les hématocèles pariétales qui se sont manifestées à la suite d'un effort violent, soit pour tousser, soit pendant le travail, soit pendant une lutte. Ce qu'elles ont de remarquable, c'est l'instantanéité des phénomènes révélateurs de l'épanchement sanguin. Mais hâtons-nous de dire que celui-ci se fait surtout entre la vaginale et la fibreuse, et remonte le long du cordon jusqu'à l'anneau inguinal. Ce sont, en effet, les vaisseaux du cordon qui se rompent ; le sang s'épanchera d'abord dans le sac fibreux, et ce n'est que consécutivement qu'il filera dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans le cas de Svalin, le sang provenait d'une artériole de l'épididyme. Ou bien le sang s'accumule surtout dans la vaginale, comme dans le cas de Gérin-Roze et de Gosselin.

Les hématocèles par effort sont rares, et le mécanisme de leur production reste encore un problème à résoudre. Il y a rupture de vaisseaux, mais sous quelle influence ? Une altération dans la structure des parois vasculaires, surtout dans le varicocèle, doit singulièrement favoriser la fragilité des artères et des veines, et l'on comprend qu'une augmentation de pression venant de l'intérieur fasse éclater des vaisseaux sans tonicité.

Et cette augmentation de pression voici comment l'explique Valpeau (1) : « Les dispositions des muscles et des aponévroses de la région iliaque me paraît expliquer sans difficulté leur mécanisme. Si l'on suit avec soin les fibres du muscle droit de l'abdomen, on voit effectivement que quelques-unes d'entre elles se détachent inférieurement de son bord externe, en prenant le caractère fibreux, pour se diriger en dehors, passer en forme d'anse sous le canal déférent et aller se terminer sur la lèvre interne de la crête iliaque. Ces fibres formant la moitié inférieure de l'ouverture abdominale du canal inguinal, étant ainsi plus élevées par leurs extrémités que par leur milieu, le muscle droit ne peut se contracter sans que la partie concave se relève en se redressant, réagisse par conséquent de bas en haut contre le canal déférent, les vaisseaux et tous les éléments constituants du cordon spermatique, qui se trouve, par là, comme pincé dans une espèce de boutonnière toutes les fois que l'homme se livre à des efforts un peu violents.

« C'est cette même disposition qui vous expliquera comment un effort peut produire une orchite. La compression qu'éprouve alors le cordon, produit nécessairement une gêne dans la circulation ; en voilà assez pour produire une orchite, surtout s'il existe déjà une cause prédisposante. L'hématocèle s'explique de même. C'est à tort que certains chirurgiens refusent d'admettre ces faits que j'ai été à même de constater un assez bon nombre de fois. »

Dans ses observations de chirurgie, Le Dran donne, sous le nom de sarcocèle, une excellente observation d'hématocèle par effort, guérie en trois semaines par des cataplasmes, des saignées et des pommades mercurielles. Il fait suivre sa description d'une étude sur la production du... sarcocèle par effort. Comme Velpeau, Il reconnaît une première cause possible : la constriction du cordon spermatique par l'anneau de l'oblique externe qui, laissant passer le sang artériel, empêche le reflux du sang veineux. La seconde cause, à laquelle Velpeau ne fait même pas allusion, et qui donne une très-simple explication du phénomène, c'est la compression des éléments du cordon dans la cavité abdominale par l'intestin rempli de matières dures. En effet, n'est-ce pas surtout en faisant des efforts de défécation, et par conséquent au moment où l'intestin est le plus exactement rempli, que se produisent les hématocèles dites par effort ?

(Quant à cette expression sarcocèle, elle ne doit pas nous étonner.

---

(1) Velpeau. — *Clinique de la Charité*, in *Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 567 : Résumé général des faits observés à la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1846-47. — De l'Hématocèle suite d'efforts.

En effet, ne lisons-nous pas dans un Manuel de Chirurgie de 1776 la définition suivante de ce genre de tumeur : « Le sarcocèle est une tumeur charnue, dure, presque indolente, qui se forme dans le scrotum. On la connaît essentiellement par son poids. *Cette maladie est produite par les coups, les chutes, les contusions, le froissement et les fortes compressions du testicule ;* elle peut provenir aussi de cause interne, comme toutes autres tumeurs dures. Le sarcocèle commençant peut être guéri par l'application de cataplasmes émollients précédés d'embrocations huileuses, et secondés de boles purgatifs fondants (1). »

Nous estimons qu'on ne saurait donner une meilleure étiologie ni conseiller un meilleur traitement dans le cas d'hématocèle pariétale peu prononcée ; tandis que « des cataplasmes émollients, des embrocations huileuses et mêmes des boles purgatifs fondants » auraient de la peine à faire disparaître même un sarcocele commençant ! La confusion est évidente : on prenait des hématocèles pour des sarcocèles.

D'après Boyer (2), on appelait sarcocèles des hématocèles vaginales spontanées, c'est possible, mais le cas de Le Dran ne rentre pas dans cette catégorie.)

Ziegler (3) et Blûth (4) insistent sur l'état de compression que subissent pendant les grands efforts, les vaisseaux du cordon et sur l'excès de pression qui peut en résulter pour le système veineux funiculo-testiculaire. Lewin (5) invoque également l'action brusque et souvent énergique du crémaster pour produire des ruptures sur des vaisseaux altérés.

Quelle que soit l'explication qu'on en donne, l'hématocèle pariétale par effort est un fait assez fréquent, surtout chez les porteurs de varicocèles. Au moment où se produit la rupture vasculaire, le malade perçoit un véritable craquement, comme dans la rupture de la tunique vaginale. Il est difficile de ne pas rapprocher cette douleur de celle qui se produit dans la jambe, surtout chez les variqueux, et que tous les chirurgiens connaissent sous le nom de coup de fouet. Nous ajouterons même que la production d'une hématocèle pariétale consécutivement à ce coup de fouet scrotal est un appoint nouveau à la théorie, d'ailleurs généralement admise (Verneuil), que le coup de fouet serait dû à une rupture veineuse.

---

(1) Ravaton et Sue. — *Pratique moderne de la chirurgie* Paris, 1776, t. II.

(2) Ziegler. — *Lehrbruh über patholog. Anatomie,* p. 1148.

(3) Bluth (Joannès). — *Ueber einen Fall von Hæmatocele des Samenstranges* (recueillie à la Clinique chirurgicale du prof. Lücke, à Strasbourg). Stettin, 1887.

(4) Lewin. — *Studien über den Hoden,* 1861.

(5) Boyer. — *De quelques tumeurs des bourses auxquelles on a donné improprement le nom de sarcocèle.*

Observation IX

Sarcocèle. — Tumeur au testicule.

Par Le Dran, (1) Chirurgien de la Charité.

Ce ne sont pas toujours les premières saignées qui guérissent les inflammations, c'est la dernière ; les premières ne font le plus souvent qu'en suspendre le progrès.

Le 27 mai 1728, il entra à la Charité un domestique qui, huit jours auparavant, avait fait un effort considérable en levant des sacs très-pesants. Dans l'instant même, il avait senti une vive douleur dans le scrotum, et le testicule s'était gonflé en peu d'heures. Un chirurgien l'avait pansé en premier appareil avec des cataplasmes émollients, et avait falt quatre saignées. Peut-être aurait-il continué d'en faire encore ; mais le malade, impatient de ne pas guérir si vite qu'il aurait voulu, vint à la Charité.

Je l'examinai, et je trouvai au cordon spermatique une dureté avec gonflement : cela joint à une inflammation au testicule dont le volume était quadruplé. Le gonflement du cordon s'étendait à trois travers de doigt au-dessus de l'anneau de l'oblique externe. Je fis tenir le malade au lit, ce qu'il n'avait pas encore fait ; je le fis saigner sur-le-champ et j'ordonnai des cataplasmes émollients et résolutifs.

Le lendemain, au matin, voyant subsister les accidents, quoiqu'il n'y eût point d'augmentation, je fis faire une sixième saignée, et continuer les mêmes topiques ; mais tout cela ne fit encore que suspendre l'augmentation du mal, ce qui me détermina à une septième saignée. Ces saignées brusquées firent un tel effet, que le sixième jour il ne restait au testicule et au cordon que de la dureté sans douleur.

Je fis mettre sur le testicule l'emplâtre de Vigo quadruple de mercure, et je laissai sur la portion du cordon qui se faisait sentir au-dessus de l'anneau le cataplasme, parce que, par sa chaleur qui subsiste longtemps, il échauffe la partie plus profondément. La dureté diminua à vue d'œil, et, en trois semaines, le malade obligé de suivre son maître au Camp de Compiègne, se trouva heureusement en état de sortir de l'hôpital. Je lui conseillai de porter longtemps un suspensoir, pour ménager le cordon, qui, par le poids du testicule, aurait pu souffrir.

Réflexion en faveur des Etudiants. — Cet accident est assez ordinaire parmi les gens dont le travail est susceptible d'efforts. J'en ai vu d'autres attaqués de même après des chutes où le testicule avait reçu quelque secousse. Je conçois bien que dans ce dernier cas, le cordon des vaisseaux doit souffrir un tiraillement, et que l'inflammation de la tunique vaginale peut en être une suite, et se continuer jusqu'au testicule. Mais je cherche la raison pour laquelle en conséquence d'un effort, le testicule et tout le cordon se gonflent et s'enflamment, même au-dessus de l'anneau de l'oblique externe.

Je n'en trouve que deux causes prochaines ; la première est la pression qui se fait au cordon par l'anneau de l'oblique externe, quand le muscle se contracte avec effort ; pression qui, faisant une espèce de ligature par le resserrement de l'arcade,

(1) Le Dran. — *Observations de chirurgie.* Paris, 1781.

n'empêche pas le sang artériel de passer, mais qui arrête et suspend le retour du sang veineux, celui de la lymphe, et peut-être même celui de la semence qui est rapportée par le canal déférent. Mais cette suspension d'un moment est si peu de chose, que j'ai bien de la peine à concevoir qu'elle puisse seule être la cause des grandes inflammations que j'ai vues.

La seconde, qui me paraît plus probable, est la compression du tissu cellulaire dans lequel rampe le cordon au-dessus de l'anneau. On sait que, dans les efforts que nous faisons, toutes les parties du bas-ventre sont poussées en bas, et portent à plomb sur tout le bassin ; ce qui souvent occasionne des hernies. Ainsi donc les intestins pressent nécessairement le tissu cellulaire dans lequel passent les vaisseaux spermatiques.

Il est vrai que les intestins sont des corps mous, mais il sont souvent remplis d'excréments qui ont plus ou moins de consistance, et notamment la fin de l'S du colon où ils sont plus durs qu'ailleurs. Sa situation favorise mes conjectures, et l'expérience les autorise, d'autant que c'est presque toujours du côté gauche que j'ai vu ces sortes de tumeurs précédées d'efforts. Si, en conséquence il se fait tiraillement, pression ou contusion dans ce tissu cellulaire, l'inflammation peut aisément en être la suite, et celle du testicule suivra de près, puisque le retour des liqueurs qui ont servi à sa nourriture et à sa filtration est gêné, suspendu, ou même interrompu.

De telle sorte que l'inflammation arrive en ces parties ; elle n'est pas différente de celle qui arrive ailleurs. Les saignées et les topiques émollients sont les principales ressources que nous ayons. Les saignées révulsives diminuent le volume du sang, et le détournent de la partie enflammée. Les émollients facilitent le retour des liqueurs arrêtées, et aident à les faire transpirer ; mais il faut les précipiter si l'on veut arrêter le progrès de l'inflammation. Quoique le progrès en soit suspendu, ce n'est pas une raison pour ne plus faire de saignées, surtout chez les sujets pléthoriques : dans ce cas la saignée que l'on regarde comme inutile est celle qui achève promptement la guérison.

Observation X

Hématocèle pariétale accompagnant une hématocèle funiculaire par effort.

Par Percival Pott (1).

Un homme d'âge moyen vint à l'hôpital de Saint-Barthelémy, et me pria d'examiner une enflure qu'il avait à l'aîne, et à la partie supérieure du scrotum, du côté droit, et qui, disait-il, s'était manifestée subitement, dans le moment où il soulevait un poids considérable. Depuis l'aîne, jusqu'au testicule, le cordon spermatique était

(1) *Lib. cit.*

uméfié. Il n'y avait aucun symptôme de hernie, et le testicule était beaucoup trop libre et trop distinct pour qu'on pût confondre ce cas avec une hydrocèle.

Tandis que j'examinais la tumeur, j'aperçus un peu de sang qui coulait de la partie inférieure ; et, en demandant la raison au malade, il me dit qu'on lui avait fait, un ou deux jours auparavant, une ponction, parce qu'on avait supposé que l'enflure était causée par un amas d'eau ; que l'ouverture avait toujours saigné depuis, par intervalles ; mais que, depuis que le sang avait enfin cessé de couler, le volume de la tumeur était devenu plus considérable.

D'après ces circonstances, je jugeai que l'enflure était occasionnée par un amas de sang épanché dans la tunique commune, et venant d'une ramification d'une veine spermatique variqueuse.

Le malade consentit à la laisser ouvrir. *On ne découvrit aucune crevasse particulière, quoique toute la membrane fût très-infiltrée.* On pansa la plaie avec un linge légèrement imbibé d'esprit de vin. On laissa ce pansement jusqu'à ce que la suppuration commençante le séparât ; et, avec le repos et les soins convenables, tout se rétablit au mieux, sans aucun retour d'hémorrhagie.

Observation XI

Observation d'hématocèle spontanée.

Par le Dr Svalin (1).

Un garçon cordonnier, âgé de 45 ans, entra le 28 octobre 1844 à la clinique de Stockholm, pour un œdème du poumon. Il se trouvait en assez bon état, lorsque, *le 8 Novembre*, en allant aux latrines, il fut pris d'une violente quinte de toux pendant laquelle il ressentit une grande tension dans la cuisse gauche, à la suite de laquelle il éprouva une sensation comme si quelque chose tombait brusquement dans le scrotum. On le transporta de suite dans son lit où il eut une selle et rendit de l'urine. Mais on trouva *la partie gauche du scrotum bien tuméfiée, d'une couleur bleuâtre, douloureuse au toucher,* surtout vers l'anneau abdominal. Du reste, le malade se trouvait assez bien. La tumeur du testicule et sa couleur bleue augmentant dans la journée, un trois-quarts explorateur y fut plongé et donna issue à quelques gouttes de sang. Les voies urinaires étaient libres, un cathéter y pénétra très facilement.

Le 9, le malade se trouvait bien ; le professeur Hüfs, qui pensait à la rupture d'un vaisseau me pria d'examiner le malade, et je trouvai tous les symptômes de l'hématocèle. Je pratiquai sur le scrotum une incision de trois pouces de long au-dessous de la peau : on trouva dans le tissu cellulaire une large ecchymose ; et dans la tunique vaginale du testicule gauche existait un caillot sanguin du volume de deux œufs. Le sang paraissait artériel et provenait d'une artériole placée près de la

---

(1) Svalin. — *Archives générales de médecine.*

tête de l'épididyme et de l'ouverture de laquelle s'écoulait encore quelques gouttes de sang. Cette artériole fut liée. On pratiqua une contre-ouverture, et un séton fut pl ac à travers les deux plaies, puis on fit des fomentations d'alcool camphré.

Le 11, le scrotum avait une couleur plus claire. Comme l'inflammation ne paraissait pas augmenter, on supprime le séton et on applique des cataplasmes. Tous les symptômes s'amendèrent, la respiration devint plus libre et la toux disparut. Au milieu de décembre, l'hématocèle était tout à fait guérie, mais la dyspnée et la toux revinrent; celles-ci diminuèrent plus tard, et le malade sortit le 23 janvier 1845. — (*Hygiea*, août 1845).

Observation VII

Hématocèle consécutive à un effort, chez un sujet affaibli.

Par Bouisson (1)

Raissiguier (J.-B.), cultivateur, âgé de 38 ans, né à Aufat (Tarn), est entré à l'hôpital Saint-Eloi le 11 novembre 1847. Ce malade, dont la constitution est détériorée, est d'un tempérament lymphathique. Interrogé sur ses antécédents, il signale des douleurs souvent vives, quelquefois obtuses, qu'il a éprouvées d'une manière presque constante du côté gauche de la région lombaire, douleurs qui ont résisté aux moyens pour les soulager, et dont il ressent encore aujourd'hui quelques atteintes. Ce malade raconte en outre que quinze jours avant son entrée à l'hôpital, se livrant à des efforts considérables pour rouler un tonneau, il fut pris tout à coup d'une douleur très-intense dans le flanc gauche. La région correspondante du scrotum fut bientôt le siège de souffrances atroces, et à peine cinq ou six minutes s'étaient écoulées, que déjà elle avait acquis un volume énorme. Le malade se fit aussitôt transporter à un hôpital voisin, où il séjourna environ douze jours. Le traitement qu'il y subit consiste dans l'application de cataplasme résolutifs. Il se décida, après ce terme, à venir à Montpellier.

Le scrotum présentait alors une tumeur qui, bien qu'ayant déjà diminué de volume, excédait encore la grosseur d'un œuf de dinde ; sa forme était arrondie, son poids assez considérable. Elle était à peine douloureuse à la pression, et n'offrait ni fluctuation ni transparence. Les dimensions de la tumeur restaient toujours les mêmes, que le malade fût debout ou couché. Le testicule, plus développé qu'à l'ordinaire, correspond en arrière et en dedans de la tumeur. Le cordon testiculaire est aussi très volumineux, mais les secousses de la toux ne produisent rien qui annonce l'existence d'une hernie. L'enveloppe cutanée de la tumeur a une coloration brunâtre et violacée dans toute son étendue, et l'on observe aussi au périnée une ecchymose manifeste qui s'est développée plus tard et quoique le malade affirme n'avoir jamais reçu de coup ou de violence extérieure dans cette partie. Raissiguier

---

(1) Bouisson. — *Tribut à la chirurgie*, t. II, p. 415. Montpellier, 1861.

n'a pas contracté de maladie vénérienne, mais il s'est livré à l'habitude de l'onanisme, de manière à affaiblir sa constitution. Ces diverses circonstances ne permettaient pas de douter de l'existence d'une hématocèle.

Le malade fut soumis à l'action des topiques résolutifs. Il fut ensuite purgé à deux reprises, et en dernier lieu il prit des toniques et des amers. La guérison fut complète au bout d'un mois.

Observation XIII

Hématocèle pariétale compliquant une hématocèle funiculaire par effort.

par Barbe (1)

A Ch..., employé au Comptoir d'escompte, est un homme de 33 ans. d'un tempérament très-nerveux. Il eut un jour des contrariétés dans son bureau ; la journée se passa dans une certaine agitation. La nuit suivante, cet employé fut pris tout-à-coup de mouvements convulsifs, de pandiculations, pendant lesquelles il ne put résister au besoin de s'étirer, suivant son expression, la jambe droite de toutes ses forces. Tout à coup il ressentit une douleur dans l'aine correspondante, et le jour arrivé, il vit avec effroi que cette région était tuméfiée, d'une coloration rouge bleuâtre.

Ch... se hâta de faire appeler un médecin qui diagnostique un épanchement sanguin, ordonne le repos au lit, et l'application de compresses imbibées d'eau de Goulard. Quatre jours après, je voyais le malade ; sa tumeur presentait tous les caractères d'une hématocèle funiculaire par infiltration ; placée sur la direction du cordon, elle avait la forme d'un boudin qui s'étendait de l'orifice externe du canal inguinal du côté droit au testicule qui était serti à sa partie inférieure ; *la peau était tendue, d'un noir bleuâtre.* Le traitement fut continué ; la tumeur diminua ; la peau reprit peu à peu sa coloration normale, la partie affectée son volume ordinaire, et Ch..., parfaitement guéri, retourna à son bureau après trois semaines d'absence.

Observation XIV

Rupture des veines du cordon par effort. Hématome diffus et ecchymose cutanée,

par Rehn (2)

Un enfant de huit ans fut atteint d'un hématome diffus du cordon, après avoir fait un grand effort pour soulever un fardeau trop lourd pour lui. L'hématome s'étendait depuis les bourses, en englobant le testicule, jusque dans l'intérieur de l'abdomen.

---

(1) Barbe. — De l'hématocèle funiculaire. *Thèse de Paris,* 1886, p. 18.
(2) In *Centralblatt für Chirurgie,* 1885, p. 100.

Observation XV

Double hernie inguinale. — Hématocèle pariétale par effort ou traumatisme. — Hématocèle vaginale avec épaississement de la tunique,

par M. Gerin-Roze (1)

Le nommé Jacques F..., peintre, âgé de soixante ans, entre à l'Hotel-Dieu, le 6 mars 1858. Cet homme porte depuis de longues années deux hernies inguinales. La gauche, assez volumineuse, descend dans le testicule ; la droite moins forte, apparaît à l'entrée des bourses, et fait une grosse saillie dans le canal inguinal. Ces hernies étaient maintenues par des bandages à double pelote.

En 1848, cet homme, en voulant s'amuser avec son gendre, lutta à bras le corps, et fit d'assez violents efforts pour le renverser. Il ne croit avoir reçu aucun coup ; il n'a ressenti aucune douleur au moment de la lutte. Ce n'est qu'une heure plus tard, en voulant uriner, qu'il poussa un cri de surprise à la vue de ses parties génitales. *Ses bourses, d'une couleur rouge-brunâtre, avaient acquis un volume énorme.* Elles étaient tellement distendues que la verge, entièrement recouverte par ces parties, laissait à peine entrevoir le méat au fond d'une petite dépression semblable à la dépression ombilicale.

Cette vaste ecchymose passa peu à peu par les différentes teintes de l'épanchement sanguin, et, une quinzaine de jours après, le malade voulut se lever. Les parties étaient alors assez douloureuses pour rendre la marche insupportable. Aprés avoir essayé de différents moyens qui n'aboutirent à aucun résultat, il essaya d'enlever son bandage. et se trouva tellement soulagé, qu'il ne l'a plus reporté depuis.

Il est probable qu'il avait, en luttant, reçu un coup dans le scrotum, qu'il s'est fait un épanchement sanguin dans la tunique vaginale, et que la chaleur de l'action l'à empêché de sentir la douleur. Quoiqu'il en soit de cette hypothèse, le scrotum resta toujours volumineux depuis cette époque, et de petites douleurs qui s'y manifestèrent de loin en loin, peuvent faire admettre une série d'inflammations légères qu ont prédisposé le malade à l'affection qu'il nous montre aujourd'hui.

M. Gerin-Roze décrit ensuite l'opération qu'il pratiqua sur les deux hématocèles vaginales.

Observation XVI

Hématocèle pariétale par infiltration accompagnant une hématocèle vaginale gauche par effort,

par Gosselin (2)

Pierre B..., âgé de cinquante-cinq ans, tailleur d'habits, est entré à l'hôpital des Cliniques, le 10 janvier, pour deux affections graves et remarquables.

---

(1) Gerin-Roze. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris,* 1858, t. III, p. 417.
(2) Jamain. — *Thése d'agrégation,* Paris 1853 ; p. 99.

La première est un ulcère de mauvais caractère qui occupe la partie antérieure et gauche du thorax, et qui a été consécutif à une plaie contuse datant de juin 1848, dans une chute sur une barricade. Je ne m'occuperai pas longtemps de cet ulcère, dont le diagnostic a été fort difficile, et pour lequel j'ai sonpçonné une affection cancéreuse, mais qui était probablement un symptôme tertiaire de syphilis, et je m'arrêterai principalement sur l'autre affection qui occupait le côté gauche du scrotum.

Le malade se rappelle vaguement avoir eu autrefois une orchite blennorrhagique, mais il affirme n'avoir jamais eu de varicocèle. Il nous raconte qu'il y a onze ans, en janvier 1840, étant à Lyon, il fit un matin, dans son lit, au moment de se lever et afin de se mieux réveiller, cet effort général qui semble avoir pour but d'allonger tous les membres. Immédiatement il éprouva une vive douleur, et comme une sensation de déchirure au côté gauche du scrotum ; *une ecchymose ne tarda pas à se montrer sur le scrotum et sur la verge. Quelques jours après un gonflement survint,* qui alla ensuite peu à peu en augmentant. Il y eut peu de douleurs ; le malade, qui est d'un caractère très-énergique, ne s'arrêta pas un instant et continua à marcher et à travailler beaucoup. Revenu à Paris quelque temps après, il avait l'intention de se reposer et de se soigner ; mais empêché par diverses causes, et souffrant toujours modérément, il n'en fit rien et fatigua toujours. Enfin, au bout de quatre ans, en 1844, la tumeur ayant pris des dimensions considérables, il se décida à consulter Pasquier, qui fit une ponction et donna issue à plus d'un litre de sang presque noir.

En 1850, nouvelle ponction par A. Thierry.

En 1851, excision elliptique et décortication par Gosselin.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Ravaton et Sue. — *Pratique moderne de la chirurgie*, Paris 1766, t. II.

Pott (Percival). — *Traduction française*, Paris 1777.

Le Dran. — *Observations de chirurgie*, Paris, 1781.

Boyer. — *De quelques tumeurs des bourses auxquelles on a donné improprement le nom de sarcocèles.*

Svalin. — In : *Hygiea*, août 1845 ; et in : *Arch. gén. de méd.*, 1846, tome XII, p. 485.

Velpeau. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1847, p. 567.

Jamain. — *Hématocèle du scrotum*, thèse d'agrégation, Paris 1853, p. 99.

Gerin-Roze. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1858, III, p. 417.

Bouisson. — *Tribut à la chirurgie*, Montpellier 1861, t. II, p. 415.

Rehin. — In : *Centralblatt für chirurgie*, 1885, p. 100.

IV - Hématomes du scrotum d'origine traumatique

Nous allons, dans ce chapitre, rapporter les cas d'hématocèles pariétales du scrotum survenues à la suite de traumatisme divers : chocs, coups de pied d'hommes ou de cheval, sur les bourses ou le perinée. Nous rangerons ces observations, suivant leurs origine, en trois catégories principales.

I. — Hématomes du scrotum par coups de pied d'hommes ou coups de poing.

Nous rapportons ici quelques cas d'hématomes traumatiques dus à des coups de pied ou a des coups de poing. Leur mécanisme est presque toujours le même et le coup est porté de bas en haut, contrairement à ce qui arrive quand l'hématome provient de coups de pied de cheval ; dans ce dernier cas c'est en avant du scrotum que se produit la violence. On peut observer tous les degrés de l'hématome pariétale depuis la simple ecchymose jusqu'à l'épanchement très-considérable pouvant même atteindre le volume d'une tête d'enfant.

Ce qui caractérise cette sorte d'hématome c'est l'instantanéité de l'épanchement et de l'ecchymose, et la propagation de celle-ci au périnée, aux cuisses, à la verge et au pénil. La peau est tendue, luisante ; on perçoit nettement de la fluctuation. Le testicule quelquefois difficile à percevoir au début, se laisse parfaitement sentir au bout de quelques jours, et se montre bien indépendant de la tumeur fluctuante. Les trépidations d'une voiture peuvent amener une exacerbation dans l'épanchement, comme dans le cas de M. Gros. Quelquefois l'épanchement sanguin est tellement considérable que le sang se trouvant trop à l'étroit dans le scrotum forme une seconde poche fluctuante au périnée, comme Velpeau nous en a rapporté un bel exemple : il fallut inciser cette collection sanguine en même temps que celle du scrotum, et les deux poches suppurèrent pendant sept semaines.

Si le diaguostic de cette affection n'offre aucune difficulté, grâce aux commémoratifs, le pronostic n'est pas aussi net et peut varier sur une grande échelle. Nous devons à Velpeau les observations de deux individus dont la verge avait disparu au milieu du gonflement produit par l'hématome ; chez l'un les résolutifs suffirent pour la résolution ; chez l'autre, malgré les résolutifs, la collection sanguine s'abcéda, parce que le malade ne voulut pas se soumettre aux incisions, et le foyer suppura pendant sept semaines. M. le docteur Régnier nous a communiqué le cas d'un homme

dont le scrotum tomba en gangrène à la suite d'un hématome considérable.

Le traitement dans ces circonstances nous paraît donc tout indiqué : d'abord les cataplasmes émollients, puis les résolutifs. Si malgré tous ces moyens la poche ne diminue pas et à des tendances à s'enflammer, il ne faudra pas hésiter à faire de larges scarifications sur le scrotum et sur les collections sanguines du périnée, s'il s'en forme. Nous ne voulons pas employer la glace dans ces cas particuliers, car l'on ne peut jamais apprécier dans les débuts le degré de contusion des parties atteintes, et le froid ne ferait qu'aider à leur sphacèle, pour les raisons que nous indiquons dans le chapitre du traitement de l'hématome du scrotum général.

Observation XX

Hématome terminé par résorption partielle.

Par Brodie. (1)

H. K.., âgé d'environ trente ans, reçut, vers le 20 septembre 1820, un coup sur le testicule. Celui-ci devint immédiatement enflé, et l'enflure atteignit très-rapidement la grosseur d'un œuf d'oie. Je le vis peu de jours après, en consultation avec un autre médecin. Nous recommandâmes des lotions spiritueuses et en même temps le repos au lit. Quelque temps après nous prescrivîmes une friction avec un onguent mercuriel camphré. La tumeur, néanmoins, persista un peu plus d'une année ; et au bout de ce temps elle commença à diminuer spontanément en grosseur. La diminution s'effectua lentement jusqu'à la disparition des deux tiers de la tumeur environ ; et alors elle s'arrêta. Du commencement de l'année 1825 au mois d'août 1826, il avait (comme j'en fus informé) peu ou point d'altération dans la tumeur. A cette dernière période, le testicule se sentait dans son état naturel, et la tumeur était perçue comme un noyau surajouté au testicule, mais ne se confondant pas avec lui ; tandis qu'autrefois la tumeur et le testicule ne pouvaient être distingués l'un de l'autre.

Brodie range ce cas d'hématocèle parmi les hématocèles vaginales. Mais il nous a tout l'air d'être un hématome pariétal, à cause de cette diminution lente et progressive, et à cause de l'indépendance de la tumeur et du testicule.

Observation XXI

Hématome du scrotum (par épanchement) d'origine traumatique.

Observation inédite due à l'obligeance de M. le Docteur Deneffe, Professeur à l'Université de Gand.

Dans une rixe, un ouvrier serrurier reçut sur la région droite du scrotum un coup

(1) *London medical and physical Journal*, t. LV.

qui provoqua une vive douleur. Quand je vis le malade, quatre jours après l'accident, je trouvai le scrotum tuméfié ; mais du côté droit surtout il était distendu, et présentait l'aspect d'une tumeur piriforme, à grosse extrémité inférieure. — La peau était violacée. — La tumeur était fluctuante et sans transparence.

La distension du scrotum faisant souffrir le malade, je plongeai une large lancette dans le point de la tumeur où la fluctuation était la plus manifeste. Le sang qui s'échappa était bien fluide, noirâtre ; il s'en écoula 150 grammes environ.

Des compresses d'eau de Goulard furent maintenues en permanence sur le scrotum et une douzaine de jours après, le patient bien guéri reprenait son travail. — Un peu d'engorgement persista quelque temps encore dans la région droite du scrotum.

Observation XXII

Hématome du scrotum (par épanchement), à la suite d'un coup de pied. — Gangrène de la peau. — Guérison.

Observation communiquée par M. le Docteur Régnier, de Bouzonville.

Un homme vigoureux, de Vaudreching, reçut un coup de pied dans la région du scrotum. Tumeur considérable ; peau noire. Celle-ci se sphacéla et nécessita l'excision des parties mortifiées ; à la suite de cette opération les testicules restèrent à nu. « comme si tout avait été enlevé par la dissection. » Cet homme guérit, et vit aujourd'hui bien portant.

Observation XXIII (inédite).

Hématocèle (par épanchement) du scrotum à la suite d'un coup de pied.

Observation recueillie par M. Et. Cetiau, à l'hôpital Broussais (service de M. le professeur P. Reclus).

Un homme d'une cinquantaine d'années avait reçu un coup de pied dans les bourses, mais ne se présenta que longtemps après l'accident initial.

Toute trace d'ecchymose avait disparu ; on sentait à la palpation une tumeur rénitente, à contours peu précis, masquant un peu le testicule, ce qui aurait pu faire songer à une affection de la vaginale. Le diagnostic d'hématocèle pariétale fut cependant facilement établi par le professeur Reclus.

Il incisa le scrotum, détacha avec soin les caillots, lava la poche qu'il pourra avec de la pommade antiseptique au salol et à l'iodoforme, puis sutura au crin de Florence. La plaie se réunit par première intention.

Observation XXIV (inédite).

Hématome du scrotum (par épanchement) à la suite d'un coup de pied d'homme.

Observation communiquée par M. le docteur Gros, d'Auxon (Aube).

Le nommé Arsène Peyen, du Puisot, aujourd'hui âgé de 35 ans, faisait, il y a huit ans, une période d'exercice de vingt-huit jours, comme réserviste du 25e d'artillerie, à Châlons-sur-Marne. C'est à ce moment qu'il reçut un jour un violent coup de pied d'homme dans les bourses. Il ressentit une douleur très vive et les bourses enflèrent immédiatement d'une façon considérable ; elles devinrent toutes noires (telle est son expression).

Il n'entra pas à l'hôpital ; il resta à l'infirmerie où on lui appliqua des compresses d'eau blanche. Deux jours après, muni d'un large suspensoir, il put se lever et resta huit jours dans cet état, à mettre des compresses et à continuer à marcher, sans toutefois reprendre son service.

Les vingt-huit jours étant terminés après ces huit jours de repos, Peyen revint chez lui, mais la trépidation du chemin de fer et des voitures augmenta son mal, et quand il revint chez lui, il pouvait à peine marcher. Il mit, en arrivant, *de la boue de meule* sur le scrotum, garda le repos pendant quelques jours et reprit son travail.

La couleur noire et le gonflement disparurent peu à peu, au bout de deux mois environ. Mais il sentit pendant longtemps de la gêne et de la douleur dans les bourses, surtout quand il fatiguait.

Aujourd'hui il n'existe aucune trace de cet accident. Il s'agit d'après moi d'un épanchement sanguin extra-vaginal, avec un peu d'infiltration ; le sang a dû se collecter dans un espace assez restreint, car, *l'ecchymose*, d'après le dire du malade, *n'existait que du côté droit* et remontait légèrement du côté du cordon, mais sans dépasser le pénis.

Observation XXV

Hématome du scrotum (par épanchement), d'origine traumatique, guéri par suppuration.

Par Velpeau (1).

Un homme, âgé d'environ trente-cinq ans, avait reçu, dix jours avant son entrée à l'hôpital, mars 1836, de violents coups de pieds sur les bourses. Le lendemain de l'accident, le scrotum avait acquis un volume énorme, à tel point que le malade le comparait à une tête d'adulte. La peau dit-il, était bleuâtre ; la verge avait disparu

---

(1) In : *Clinique chirurgicale.* Tome II, p. 388. Jamain : *Thèse d'agrégation*, Paris, 1853, p. 25.

presque en totalité au milieu du gonflement. Il éprouvait d'assez vives douleurs. Le médecin appelé pour lui donner des soins avait reconnu la nécessité de pratiquer quelques incisions ; mais le malade ne voulut pas s'y soumettre : on le saigna et on appliqua des cataplasmes résolutifs. La maladie fit des progrès ; des abcès se formèrent, et il se décida à entrer dans notre service.

Voici à cette époque quel était l'état des parties : le scrotum est tendu, luisant ; il y a une fluctuation évidente, et tout indique qu'il existe dans cette partie un large foyer purulent. La peau est amincie, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule existe à la région périnéale ; elle est fluctuante.

J'ouvris immédiatement ces deux tumeurs : il en sortit près d'un verre de matière noirâtre évidemment composée de sang et de pus. Le malade fut dès lors soulagé ; mais ces deux plaies suppurèrent pendant sept semaines, et nous eûmes pendant quelque temps des craintes sérieuses pour la vie de ce malheureux. Cependant la suppuration finit par se tarir ; la cicatrisation s'opéra et la guérison fut complète.

Observation XXVI

Hématocèle du scrotum par épanchement d'origine traumatique.

Par Velpeau (1).

Durant la première quinzaine du mois de mars 1838, un porteur d'eau, âgé d'une vingtaine d'années, d'une constitution athlétique, entra dans notre service et fut couché au n° 21 de la salle Sainte-Vierge. Cet homme avait reçu deux jours auparavant un violent coup de pied sur les bourses ; le scrotum offrait le volume de la tête d'un enfant ; la verge était pour ainsi dire perdue dans ce gonflement énorme ; la peau était d'un bleu foncé. Le malade éprouvait d'assez vives douleurs ; le pouls était plein et dur.

Un examen attentif me permit de constater que cette énorme tuméfaction dépendait en grande partie d'une infiltration sanguine, et qu'il n'existait qu'un foyer peu considérable à la partie inférieure des bourses du côté droit. Il paraissait nécessaire de pratiquer quelques incisions pour opérer le dégorgement des parties. Cependant, je pensai qu'il ne serait pas impossible que les résolutifs parvinssent à prévenir l'orage. La guérison, obtenue par ce moyen, serait sans contredit préférable à une suppuration toujours longue.

Je couvris donc tout le gonflement de compresses imbibées d'eau blanche, et je fis pratiquer deux larges saignées à un jour de distance. Je dois avouer que je n'espérais guère que la guérison pût être complète sans incisions. Je me trompai ; quatre jours après, la tuméfaction était diminuée des deux-tiers, on sentait alors très-bien le petit foyer sanguin, dont j'ai déjà parlé. Dix jours après, tout était rentré dans

(1) *Clinique chirurgicale*, 1841, t. II, p. 385.

l'ordre ; il ne restait plus qu'une large ecchymose pour laquelle nos soins étaient inutiles. Le malade sortit donc de l'hôpital dix-huit jours après son entrée.

Oservation XXVII

Hématocèle (par infiltration) du scrotum.

par Velpeau (1)

Le 9 décembre 1838, fut admis dans notre service le nommé Chandellier (Alexis), âgé de trente-sept ans, d'une forte constitution, tambour de la garde nationale. Cet homme avait reçu le jour précédent un coup de pied sur les bourses. La peau du scrtum était lisse, assez tendue, noirâtre ; la racine de la verge, la partie interne de la cuisse du côté gauche étaient le siège d'une ecchymose assez prononcée. Le malade éprouvait d'assez vives douleurs dans le scrotum.

Un examen assez minutieux me permit de constater que le testicule et l'épididyme étaient sains ; que la tunique vaginale n'était le siège d'aucun épanchement : qu'en un mot il n'y avait aucune collection sanguine, et que toutes les lésions se bornaient à une infiltration assez considérable dans le tissu cellulaire. Je prévis dès lors que la guérison serait prompte et facile.

Comme le malade était un peu agité et que le pouls était assez développé, je prescrivis une saignée du bras ; je fis ensuite couvrir le scrotum de compresses imbibées d'eau blanche, avec recommandation de renouveler ce pansement plusieurs fois par jour. Je fis appliquer aussi un large suspensoir pour maintenir les bourses convenablement soulevées. (Diète, limonade.)

Le lendemain le malade était calme : la tuméfaction des bourses avait un peu diminué ; mais l'ecchmose avait gagné en surface. (Même pansement.) Les jours suivants le gonflement disparut, mais l'ecchymose persista.

Le 17 du même mois, le malade n'éprouvait plus aucune espèce de douleur ; le scrotum était flasque comme dans l'état normal. Il ne restait plus qu'une couleur jaune de la peau, qui exigea un temps plus ou moins long pour disparaître complètement. La guérison était évidemment assurée ; aussi le malade quitta l'hôpital.

Observation XXVIII

Contusion violente ayant déterminé une tuméfaction énorme du scrotum ; tentative de suicide ; guérison.

Observation prise par J. Cloquet, à l'Hôpital dit de l'Ecole (2).

Au n° 12 de la salle des hommes, un homme est arrivé portant les traces évidentes d'une rixe avec des femmes, car il avait le visage couvert d'égratignures ; mais, ce

---

(1) Velpeau. — *Clin. chir.*, 1841, t. II p. 383.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1839, page 121.

qui était plus grave, ayant toute la région scrotale et sous-pubienne horriblement contusionné par suite d'un violent coup de pied qu'il avait reçu d'un individu dans ces parties. Le scrotum tout entier, rempli d'une grande quantité de sang extravasé, avait la grosseur d'une tête d'enfant assez volumineuse ; une large et profonde ecchymose s'étendait sur tout le périnée et enveloppait aussi la base de la verge, qui était elle-même fortement tuméfiée. Dans cet état de choses et pour empêcher l'altération gangréneuse de la peau sur une aussi grande étendue, le chirurgien fit pratiquer sur le scrotum plusieurs incisions longitudinales, au travers desquelles on fit couler la plus grande partie de ce sang décomposé et en caillots. L'un des testicules, poussé en avant par cet amas de matières, se présenta au milieu d'une de ces incisions et offrit à observer un fait curieux et rare sur lequel nous ne voulons pas nous arrêter maintenant, mais trop remarquable pour être absolument passé sous silence. Ce fut la marche de tous les phénomènes d'une inflammation que l'on put suivre pas à pas, et sans que rien restât caché, sur les aréoles d'une portion du tissu cellulaire de ces organes momentanément mis à nu, mais d'une manière si visible, si appréciable que, suivant l'expression de Cloquet, *on avait surpris la nature sur le fait.*

Tout allait pour le mieux, lorsque le pauvre homme, s'affectant outre mesure de son état, eut, à ce qu'il paraît, l'idée pénible qu'il allait s'agir pour lui de sacrifier au moins une partie de ces organes, dont le désordre accidentel l'effrayait tant. Dès lors il devint triste, silencieux et morose comme d'habitude le sont les malheureux qui ont à subir une mutilation de ce genre, ou qui ont cette douloureuse perspective à considérer. Enfin, il fut saisi d'une mélancolie telle, qu'il prit la résolution de se donner la mort ; et, sans que rien eût manifesté chez lui un pareil dessein, un de ces derniers soirs il prit sa cravate, l'attacha au barreaux supérieurs de son lit et s'y pendit. On ne comprendra pas sans peine avec quel peu de soin la surveillance est exercée dans les salles par ceux qui en sont chargés, en sachant que ce malheureux avait pu faire tous ces préparatifs sans qu'on s'en fût aperçu..., et que, dans peu d'instants, son projet allait être pleinement exécuté, s'il n'eût été découvert par un interne qui vint à passer près du lit !... Heureusement pour la vie du sujet d'abord, puis pour l'honneur de l'administration et la satisfaction de ses agents si peu attentifs, il était temps encore de couper le nœud qui allait l'étrangler et de le rappeler à la vie par des soins empressés, ce qui fut fait immédiatement.

Aujourd'hui l'individu, plus rassuré sur son état, semble tout à fait guéri de son idée de suicide, et le sera sans doute bientôt aussi des causes qui la lui ont suggérée.

Observation XXIX

Hématocèle du tissu cellulaire du scrotum.

Observation recueillie à l'Hôpital des Cliniques de Paris, par Z... (2)

Un homme de vingt-neuf ans, garçon limonadier, entre le 6 janvier 1848 dans les salles de chirurgie de l'Hôpital des Cliniques. Il a reçu dans les bourses un coup de

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1848, p. 50.

pied assez violent ; aussi observe-t-on dans la région scrotale du côté gauche, une tumeur parfaitement distincte des deux testicules, dure, douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, offrant une fluctuation profonde lorsque l'on exerce sur elle une pression assez forte.

N'y avait-il là que simple infiltration dans le tissu cellulaire, ou bien s'était-il formé une collection sanguine ; en deux mots, avait-on affaire à une ecchymose ou à une hématocèle ? Une observation attentive fit bientôt reconnaître au chirurgien que la dernière supposition était la véritable. Il y avait épanchement sanguin, non pas dans la tunique vaginale, mais dans les couches celluleuses du scrotum. Dans l'hématocèle de la tunique vaginale, on ne peut ni faire mouvoir ni circonscrire le testicule, tandis que dans le cas actuel, cet organe était mobile, placé à la partie supérieure, et facile à distinguer de la tumenr sanguine et du testicule du côté opposé.

La tumeur actuelle avait assez l'apparence de celle que l'on remarque dans l'épididymite aiguë ; elle en offrait aussi la dureté et la sensibilité à la pression. Le malade était atteint, en outre, d'un écoulement blennorrhagique ancien, peu abondant, ce qui aurait pu au premier abord en imposer pour une épididymite, et cela avec autant plus de vraisemblance que l'on sait que l'inflammation de l'épididyme ne se montre le plus ordinairement que dans la période subaiguë de l'uréthrite. Mais il y avait d'autres caractères qui ne permettaient pas l'erreur. Dans l'épididymite il y a toujours impossibilité de mouvoir le testicule, indépendamment de la tumeur formée par l'épididyme. Cette circonstance était suffisante pour autoriser le chirurgien a affirmer que la tumeur actuelle était aussi indépendante de l'épididyme qu'elle l'était de la tunique vaginale.

Dans l'hématocèle que nous appellerons cellulaire, par opposition à l hematocèle vaginale, deux cas peuvent se présenter : ou la tumeur est molle, très fluctuante ; ou elle est dure, résistante. Ces différences tiennent à la coagulation ou a la non coagulation du sang épanché en tout ou en partie. Chez le malade dont nous rapportons ici l'histoire, nous avons dit qu'il y avait dureté de la tumeur avec sensation de fluctuation profonde. Cet état mixte tenait à ce que la coagulation n'était que partielle et se bornait au sang le plus rapproché de l'extérieur, tandis que celui qui était au centre etait encore liquide.

Les chances de guérison du malade étaient très-grandes ; aussi est-il sorti, quatoize jours après son admission, parfaitement guéri et ne conservant plus dans l'épaisseur du scrotum qu'un petit noyau du volume d'une amande sèche, formé par une partie des matériaux solides du sang, lequel ne tardera probablement pas à se résorber complètement, et l'incommode si peu qu'il ne sera nullement empêché de vaquer à ses occupations habituelles.

Le pronostic était ici doublement favorable. D'abord, en thèse générale, le sang, épanché dans un point quelconque de nos tissus a la plus grande tendance à se résorber ; puis, ainsi que nous l'avons démontré dans plusieurs de nos *Revues cliniques* de l'an dernier, les affections traumatiques du scrotum, les plaies et à plus forte raison les simples contusions, sont beaucoup moins graves qu'on ne serait tenté de l'admettre, en raison de la délicatesse et de l'importance des organes qui y sont contenus. Si la résorption n'avait pas eu lieu dans un court espace de temps,

on s'en serait bien vite aperçu, car la tumeur ne serait pas restée stationnaire ; elle aurait rapidement augmenté de volume ; le sang, devenu corps étranger, aurait provoqué à la surface de la poche qui le renfermait la suffusion d'un nouveau liquide séreux qui s'y serait ajouté. Enfin, il eût été possible qu'une complication d'accidents inflammatoires survînt, mais nous devons ajouter que cette complication est fort rare, et qu'il arrive encore moins souvent qu'elle soit assez violente pour déterminer de la suppuration.

Le seul traitement mis en usage a été fort simple. Le malade a été soumis au repos le plus absolu ; le décubitus horizontal, l'élévation des bourses au moyen d'un coussin placé entre les cuisses, des applications d'eau blanche, quelques purgatifs et deux ou trois bains ont été tout le traitement.

Observation XXX

Hématome du scrotum d'origine traumatique.

Par VELPEAU (1).

Le 9 juillet 1838, fut admis dans nos salles le nommé François Legendre, âgé de vingt-deux ans, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique ; il avait reçu, la veille de son entrée, un coup de poing sur le scrotum du côté gauche. Il en était résulté une infiltration de sang assez considérable ; cependant il etait facile de constater qu'il n'existait pas de foyer. La peau était noirâtre, comme charbonnée ; le malade n'éprouvait que peu de douleur.

Je fis appliquer des compresses imbibées d'eau blanche. Trois jours après la résolution était opérée en grande partie ; il ne restait plus qu'une plaque noirâtre empâtée. Le malade voulut dès lors sortir de l'hôpital ; il nous promit cependant de revenir à la consultation.

Il revint, en effet, environ six semaines après ; il ne restait plus aucune trace de la maladie. Il nous dit que la plaque noirâtre n'avait complètement disparu que depuis quelques jours.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

BRODIE. — In : *London med. and phys. Journal*, t. LV.
VELPEAU. — In : *Clin. chirurgic*, t. II, p. 383-388.
CLOQUET (J.). — In : *Gaz. des Hôp.*, 1839, p. 121.
Z***. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1848, p. 50.

---

(1) *Clinique chirurgicale*, 1841, t. II, p. 384.

II. — Hématomes du scrotum par coup de pieds de cheval et traumatismes divers.

Nous avons réuni un assez grand nombre de cas d'hématomes du scrotum dus à des coups de pied de cheval et à diverses autres espèces de traumatismes. Ces hématomes, par infiltration ou par épanchement n'offrent rien de spécial, à part la violence un peu grande des coups qui produit plus facilement l'escharrification de la peau ; leur histoire, c'est l'histoire de l'hématocèle en général. On comprendra dès lors pourquoi nous nous contentons de rapporter simplement les observations.

Observation XXXI

Hématocèle pariétale dans un scrotum inhabité.

Par O. Lannelongue (1).

M. Lannelongue a observé à l'hôpital de la Charité un exemple d'hématocèle pariétale survenue dans un scrotum inhabité, chez un jeune homme, qui, à la suite d'un coup de pied de cheval reçu dans le scrotum, présentait un épanchement sanguin considérable dans les parois des bourses. Chez ce sujet, les deux testicules n'avaient jamais pénétré dans le scrotum, et on les retrouvait l'un et l'autre dans le canal inguinal, dont ils n'avaient jamais franchi l'orifice interne.

Observation XXXII

Hématocèle par épanchement en dehors de la tunique vaginale.

Par L. Gosselin, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris (2).

George Léger, âgé de quinze ans, garçon de cour chez un laitier à Villejuif, est d'une bonne constitution. Il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade, n'est point sujet aux rhumes, n'a pas eu de ganglions engorgés, n'offre enfin aucune apparence du tempérament scrofuleux.

Il dit s'être aperçu seulement, il y a dix jours, d'une douleur et d'un gonflement

---

(1) Lannelongue (O.). — Art. : Hématocèle. In : *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.* (Jaccoud). t. XVII, p. 269. Paris, 1873.

(2) *Archives générales de médecine*, t. V, 1844. — *Gazette des Hôpitaux*, 1846, p. 248. — *Dictionnaire des praticiens*, Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Art. : n° 2855. — *Journ. des connais. médico-chir.* Paris, 1845, II, p. 162.

dans les bourses, sans changement notable de couleur à la peau. Ce gonflement a augmenté rapidement, et paraît avoir cessé de faire des progrès depuis trois ou quatre jours. L'enfant a néanmoins continué à marcher et à travailler. La douleur ne devenait très-vive et insupportable que s'il voulait monter à cheval. Du reste, il n'est survenu ni fièvre, ni inappétence ; la nuit, et dans la position horizontale, les douleurs disparaissaient presque complètement. Si l'on demande à ce malade à quelle cause il attribue le développement de cette tumeur, il répond qu'il ne sait rien à cet égard ; il n'a reçu aucun coup, n'a pas fait de chute sur les bourses. Il signale seulement qu'il est obligé depuis longtemps de faire tous les jours de longues courses à cheval ; et cependant il n'a pas remarqué que, peu de jours avant l'apparition de son mal, le scrotum ait été froissé douloureusement. L'exercice du cheval n'est devenu pénible qu'à l'époque où la tumeur existait déjà.

Il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, nº 9, le 20 février 1844, et voici ce que l'on constate :

La tumeur occupe le côté gauche du scrotum, mais dépasse un peu le raphé pour se porter à droite ; elle est piriforme, la grosse extrémité tournée en bas, et la petite en haut. Son volume est celui d'un gros œuf de dinde. La peau n'est point ecchymosée ; elle offre seulement une teinte légèrement brunâtre, que l'on apprécie bien en examinant comparativement la partie du scrotum qui recouvre le testicule droit. Cette tumeur est molle, très-évidemment fluctuante. Lorsqu'on la tient soulevée sur la main, après l'avoir agitée, elle donne à cette main une sensation de tremblottement tout particulier ; parfois même on aperçoit à l'œil ce tremblement. La consistance n'est pas la même dans tous les points ; à la partie interne, et au-delà du raphé on sent quelque chose de plus dur et d'inégal. La pression est généralement douloureuse, mais plus spécialement dans le point plus dur dont nous venons de parler.

Le testicule droit est à sa place naturelle, et n'offre rien de particulier ; quant au testicule gauche, bien que la tumeur soit placée de ce côté, il en est parfaitement distinct. On le sent à la partie supérieure et externe du scrotum, on le fait aisément glisser de haut en bas et de bas en haut, et on peut très-facilement le circonscrire de toutes parts avec les doigts, circonstances qui n'auraient pas lieu, si le liquide placé dans la tunique vaginale environnait partout ce testicule. Il n'est, du reste, ni gonflé, ni douloureux. Le malade n'a point de varicocèle.

J'ajouterai que la tumeur n'offre aucune transparence.

Il était plus que probable, d'après la mollesse de cette tumeur, d'après sa fluctuation et son opacité, qu'il s'agissait d'une collection sanguine. Néanmoins, pour assurer le diagnostic, M. Blandin fit, le 23 février, une ponction exploratrice, avec les trois-quarts, à la partie la plus déclive des bourses. Il s'échappa par la canule au moins un demi-verre de sang très-liquide, et d'une couleur rouge foncée. Néanmoins la tumeur ne se vida pas complètement. Après avoir évacué autant de liquide que l'on put, il resta encore une masse plus consistante, évidemment constituée par des caillots sanguins.

Le 25, M. Blandin fait à la partie antérieure du scrotum une incision d'environ cinq centimètres, par laquelle il fait sortir les caillots sanguins, tous assez mous, peu

consistants et colorés en rouge. Cette opération permet encore de s'assurer que la collection n'était point dans la tunique vaginale, car il est aisé de reconnaître que le testicule n'est point dans la poche actuellement ouverte.

On met un peu de charpie dans l'ouverture, un linge cératé, et on maintient les bourses relevées. On renouvelle le pansement tous les jours. Aucun accident n'est survenu. Après quinze jours de suppuration peu abondante, la plaie était cicatrisée, et l'enfant est sorti guéri de l'hôpital.

Réflexions de Gosselin sur ce cas.

Ainsi voilà un exemple d'hématocèle par épanchement qui n'a pas été le résultat d'une contusion violente, et qui n'a point été précédée ni accompagnée d'une ecchymose. Il est difficile d'expliquer la production de cette tumeur autrement que par un froissement et une contusion par l'exercice du cheval ; mais il est curieux que cette cause ait été assez peu énergique pour que le malade ne s'en soit pas aperçu, et qu'elle ait suffi d'ailleurs pour donner lieu à un épanchement aussi considérable. On a bien signalé l'habitude de monter à cheval comme propre à favoriser la production d'une hématocèle dans la tunique vaginale, et on explique sans doute l'action de cette cause par le froissement continuel qui déchire les petits vaisseaux de la membrane, ou peut-être l'irrite assez pour qu'elle laisse exhaler du sang au lieu de sérosité ; mais on ne comprend pas aussi aisément que, sans un froissement très-intense perçu par le malade, une tumeur sanguine aussi volumineuse ait pu se produire. On conçoit, d'autre part, que la simplicité insolite de développement ait pu jeter quelque hésitation dans le diagnostic, malgré l'évidence des symptômes.

Parmi les caractères qu'offrait cette tumeur, il en est un qui a frappé tout le monde, c'est ce tremblement particulier dont elle devenait le siège, après avoir été agitée un moment. Les auteurs n'ont, que je sache, signalé rien de semblable dans les tumeurs sanguines ou autres des bourses. Cette sensation était due vraisemblablement aux mouvements des caillots non adhérents et flottant en quelque sorte au milieu d'un sang très-liquide. Si la même chose ne se produit pas ordinairement dans les cas de l'hématocèle de la tunique vaginale, cela tient ou bien à ce que les caillots ont plus de tendance à adhérer aux surfaces séreuses, ou bien à ce que la tunique vaginale épaissie ne permet pas à la main de sentir ces mouvements. Dans le cas actuel, les parois de la poche étaient très-minces, et rendaient le phénomène aisément appréciable.

Observation XXXIII

Hématocèle pariétale diffuse du scrotum à la suite d'une contusion violente, accompagnée d'hématocèle vaginale droite.

Par Follet (1)

M..., d'un tempérament sanguin lymphatique, d'une forte constitution, âgé

(1) Suite de l'ancien *Journal de médecine*, t. XIII, p. 421, observation donnée par Follet, médecin à Estrés-Saint-Denis.

d'environ cinquante ans, étant monté sur un cheval capricieux, le 31 octobre 1806 fut jeté par un mouvement brusque de cet animal, sur le pommeau de la selle, et éprouva une violente contusion aux testicules et au périnée.

Malgré la douleur intense qui résulta de cette contusion, le blessé eut encore le courage et l'imprudence de faire six lieues sur le même cheval. Il se fit une infiltration sanguine très-considérable dans tout le tissu cellulaire du scrotum, du périnée et même des aines, et les parties génitales acquirent en peu de temps un volume comparable à celui de la forme d'un chapeau et une couleur noire.

Ce malade descendit chez moi à son retour ; il était alors huit heures du soir, et l'accident avait eu lieu à midi. Je le fis mettre au lit et appliquai sur la partie contuse des cataplasmes de mie de pain, bouillie dans l'eau végéto-minérale, bien décidé à pratiquer au plus tôt des incisions sur les parties latérales du scrotum, afin de donner issue à la grande quantité de sang infiltré dans ces parties, et par là prévenir les accidents funestes que la présence de ce fluide épanché hors de ses vaisseaux peut occasionner dans des organes où la putréfaction est susceptible de se développer si rapidement

Le lendemain matin 1er novembre, le malade voulut se faire conduire chez lui, à une heure de distance de ma demeure. Il y fut transporté en voiture. Je me rendis auprès de lui le même jour, et là je pratiquai les incisions projetées. J'incisai avec un bistouri ordinaire de chaque côté du raphé, et dans l'étendue d'environ trois pouces de long, la peau et le tissu cellulaire du scrotum. Ces deux incisions produisirent une évacuation salutaire et assez abondante. Dans les vingt-quatre heures suivantes, il s'écoula une grande quantité de sang des parties contuses, d'où suivit une déplétion marquée de la tumeur ; on couvrit les plaies de charpie sèche, et par-dessus on appliqua un cataplasme, comme il est dit plus haut.

Le lendemain 2, la tumeur était sensiblement diminuée ; les plaies étaient un peu douloureuses. Le 3, on continua le même traitement, et on observait un dégagement graduel des parties contuses.

Au 5 novembre, le dégorgement était plus apparent du côté gauche, phénomène dont on peut donner la solution par la raison suivante : le malade avait, avant cet accident, le testicule droit plus gros que dans l'état naturel ; et il déclara qu'au moment de la contusion ce testicule avait beaucoup plus souffert que celui du côté opposé.

Au huitième jour de la blesssure, l'infiltration sanguine continuait de se dissiper ; les plaies étaient belles, mais assez sensibles ; l'application des cataplasmes émollients et le pansement furent continués jusqu'au dixième jour.

Au treizième, l'engorgement était peu considérable du côté gauche ; le tissu cellulaire des aines était encore infiltré, surtout du côté droit.

Au seizième jour, le mieux se continue ; les plaies se rétrécissent, surtout celle du côté gauche.

Au dix-neuvième jour, l'état du malade va toujours s'améliorant.

Au vingt-cinquième, les aines, le périnée, le scrotum du côté gauche se trouvent entièrement dégorgés ; mais le côté droit reste gros, et on reconnaît l'existence d'un épanchement de sang dans la tunique vaginale. Alors je me décidai à faire une

ponction avec le trocart, comme dans l'hydrocèle, pour donner issue au fluide épanché, et dont la présence pouvait occasionner des accidents très-graves par un séjour trop longtemps prolongé, accidents d'autant plus à craindre que le malade se plaignait depuis quelques jours de picotements douloureux dans cette partie.

J'aurais bien désiré fendre la tuniqne vaginale avec le bistouri, mais le malade ne voulut plus souffrir d'incision. J'évacuai, par la ponction, environ un demi-setier de fluide noirâtre. Après cette évacuation, je jugeai plus sainement de l'état des parties malades. Le testicule était de la grosseur d'un œuf de poule; le cordon spermatique était aussi engorgé. On mit le malade au lit, et on appliqua sur le scrotum des compresses trempées dans du vin tiède, qui furent soutenues par un suspensoir. La nuit suivante fut très-orageuse, la tunique vaginale s'étant enflammée, ce qui fit beaucoup souffrir l'opéré. Une douleur extrême, la fièvre, l'insomnie et le délire se manifestèrent à raison de la tension excessive de la membrane vaginale, tension qui se propageait le long du cordon spermatique jusqu'à l'anneau inguinal. On appliqua sur ces parties des cataplasmes faits avec de la mie de pain bouillie dans une forte décoction de graine de lin et de têtes de pavot ; on eut l'attention de les renouveler souvent.

Le lendemain il n'y eut pas de mieux sensible, et la nuit qui succeda fut encore plus fâcheuse que la précédente. On continua les mêmes cataplasmes. Je me proposai même de donner intérieurement une dose convenable de laudanum simple pour calmer les accidents. Mais vers le trentième jour, il s'opéra une détente dans les parties affectées, et, dès lors, la douleur, la fièvre, le gonflement diminuèrent sensiblement ; l'ouverture de la ponction se rouvrit et donna issue à une quantité abondante d'humeurs semi-sanguinolentes ; après quoi la tumeur s'affaissa.

Au trente-cinquième jour, la tunique vaginale se trouve complètement vidée, et les accidents tout à fait dissipés, mais le testicule reste très-gros.

Au trente-huitième il était considérablement diminué. Il est à propos d'observer ici que la tunique vaginale s'était rompue dans le centre de la première incision, et avait donné issue à une certaine quantité de matière puriforme.

Dès ce moment, le degorgement n'a cessé de faire des progrès ; le malade ne souffre plus, peut se lever, a bon appétit et dort bien. Les aines, le perinée et le scrotum sont entièrement dégorgés. La tunique vaginale ne renferme plus aucun fluide ; le cordon est libre, le testicule conserve encore un reste d'engorgement qui diminue peu à peu, et qui nous fait espérer de le voir réduit sous peu à son état ordinaire, c'est-à-dire au volume où il était avant la blessure, puisque nous avons dit qu'alors il était affecté d'un léger engorgement chronique.

Au cinquantième jour, le malade va de mieux en mieux ; le testicule continue de se dégorger, et peu après on le voit réduit à son état primitif. On prescrit pour tout traitement le régime, le repos et l'usage d'un suspensoir.

Au moment où nous écrivons (1er janvier 1807), la guérison est radicale, et M. peut se livrer aux travaux ordinaires d'agriculture.

Observation XXXIV

Hématocèle par épanchement. — Incision.

Par VELPEAU (1).

Au numéro 33, de la salle Sainte-Vierge, est couché un jeune homme nommé Lallier, maréchal-ferrant, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin. Il est entré le 24 février 1840, pour un gonflement assez considérable du scrotum. Il y a six semaines, à la suite d'un coup de pied de cheval, le scrotum du côté gauche est devenu rapidement le siège d'un gonflement accompagné d'une coloration noire très-intense. Les sangsues et les cataplasmes n'ont eu aucune prise sur le gonflement ; la coloration noire seule a disparu.

Aujourd'hui, le scrotum du côté gauche forme une tumeur plus grosse que le poing, indolente par elle-même, dont la peau a une teinte tout à fait normale. En haut et en avant, cette tumeur comprimée occasionne la même sensation que le testicule sain, ce qui prouve la présence en ce point du testicule. Tout le reste est bosselé, d'une consistance peu ferme, semblable à celle qu'occasionnerait un empâtement du testicule ou de l'épididyme ; on y trouve une légère fluctuation, en sorte que la tumeur semble être formée par un liquide ou une matière demi-liquide.

Ce liquide ne peut être là que du sérum, du pus ou du sang. Ce n'est pas du sérum, parce que la tumeur est survenue *rapidement*, à la suite d'une violence extérieure, et qu'il n'y a point de transparence ; une autre raison c'est qu'un épanchement séreux ne pourrait guère se faire que dans la tunique vaginale, ce qui n'a pas lieu ici.

Ce n'est pas du pus, parce qu'il n'y a eu ni vive douleur, ni inflammation, la tumeur s'est développée trop rapidement Ce ne peut donc être que du sang, et tout se réunit en faveur de cette opinion ; la violence extérieure, la promptitude de la formation de la tumeur, la teinte noirâtre dans les premiers temps, la résistance aux diverses médications employées, enfin la consistance. Réunissant tous les caractères, Velpeau diagnostique une hématocèle dans le testicule ou l'épididyme, avec concrétion d'une partie du sang dans l'intérieur du foyer. Par conséquent il y a lieu d'appliquer ici son second mode d'opération, c'est-à-dire l'incision.

Le 29 fevrier, l'opération a été pratiquée Il a suffi d'une seule incision par laquelle est sortie une espèce de bouillie analogue par la couleur et la consistance a du raisiné ; le doigt a été introduit dans l'intérieur du sac afin de le bien nettoyer.

Observation XXXV

Hématocèle pariétale par infiltration d'origine traumatique, accompagnant une hématocèle vaginale. — Castration. — Guérison.

Observation recueillie par DOLBEAU dans le service de VELPEAU. (2)

Un prêtre, âgé de quarante ans, se présente dans le service de Velpeau pour s'y

(1) VELPEAU. — *Gazette des Hôpitaux*, 1840, page 114.

(2) *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1859, page 215.

faire traiter d'une tumeur des bourses. Il raconte qu'il y a vingt-deux ans il reçut un coup de pied de cheval sur le scrotum ; cette violence occasionna un *épanchement considérable de sang dans les bourses et l'ecchymose remonta jusque sur la cuisse droite.*

Tout sembla disparaître, et, un an seulement après l'accident, le malade constata qu'il existait à droite une petite tumeur de la grosseur d'une noix, et surmontant le testicule de ce côté. Depuis, la tumeur s'est développée insensiblement, sans occasionner de douleurs. Dans l'espace de huit ans elle acquiert le volume qu'elle présente au jour de l'entrée du malade, en sorte qu'elle est restée stationnaire depuis quinze ans.

D'après les caractères cliniques de la tumeur, Velpeau diagnostique une hématocèle avec épaississement de la tunique vaginale, et fait la castration. La pièce pathologique confirme le diagnostic.

Observation XXXVI

Hématocèle pariétale par infiltration du scrotum. d'origine traumatique.

Par RICHERAND (1).

J'ai observé une tumeur sanguine des bourses, suite d'un coup de pied de cheval ; et, chose assez remarquable, les testicules étaient restés sains au milieu d'un gonflement qui avait presque quintuplé le volume ordinaire de la partie. La peau du scrotum et du périnée était noire au point de faire craindre la gangrène, sans la résistance parfaite des téguments et l'absence presque entière des douleurs.

Je pratiquai sur-le-champ une incision longue de trois pouces environ sur chaque côté du raphé, vers la partie inférieure du scrotum ; un sang noirâtre et fluide coula en abondance. Je me contentai de panser avec la charpie sèche ; peu d'heures après on fut obligé de renouveler l'appareil déjà pénétré d'une sanie brunâtre ; le dégorgement fut complet au bout de huit jours. Alors, la peau du scrotum étant revenue sur elle-même, les incisions se trouvaient réduites au sixième de leur grandeur primitive. J'enveloppai en même temps les bourses avec des compresses trempées dans le gros vin ; au bout de quinze jours la guérison fut complète.

Observation XXXVII

Hématocèle pariétale traumatique compliquant une hématocèle vaginale et parenchymateuse.

Par J.-L. PETIT (1).

Un cavalier d'un régiment de cuirassiers reçut un coup de pied de cheval sur le

---

(1) *Nosographie et thérapeuthique chirurgicales*, t. IV, p. 4.
(2) Jean-Louis PETIT. — *Œuvres chirurgicales*, 1837, page 738.

scrotum ; en six heures de temps la partie devint noire et grosse comme la tête. On le pansa avec des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphré ; on le saigna copieusement ; mais, malgré cette pratique, on fut obligé d'ouvrir le scrotum des deux côtés : il sortit quantité de sang coagulé, et il en resta beaucoup qui était infiltré dans les cellules des membranes. Les testicules ne paraissaient point gonflés ; mais, à la levée du premier appareil, ils parurent l'être considérablement. Les ayant examinés, j'aperçus une fluctuation que je jugeai être causée par un fluide épanché dans le *péritestès* ; et, comme cette membrane était brune, je ne doutai pas qu'il n'y eût du sang, et, parce que je sentais au toucher de la fluidité, je conclus que le sang qui y était contenu n'était pas entièrement coagulé, parce qu'il s'était mêlé avec l'humeur qui est naturellement dans cette partie, mais qui s'y était déposée en plus grande quantité, en conséquence du coup.

J'ouvris des deux côtés dans toute l'étendue du *péritestès* : il en sortit beaucoup de sanie et quelques caillots de sang. Les testicules n'étaient pas considérablement gonflés ni douloureux : ce ne fut qu'à la levée de ce second appareil qu'ils parurent un peu plus gros, durs, très-sensibles, et d'une couleur brune, ce qui me fit craindre d'abord la mortification : mais, ayant fait réflexion que cette douleur accompagnait toujours les contusions, je regardai le tout comme une ecchymose.

En conséquence, je fis une insision de huit à dix lignes de long (c'est-à-dire environ un centimètre) à chaque testicule, coupant la membrane albugineuse jusqu'à la substance du testicule : il sortit beaucoup de sanie ; la couleur fut sur-le-champ moins noire, et encore moins le lendemain, si bien qu'elle se dissipa, hors deux points, grands comme l'ongle, qui tombèrent en pourriture. Apparemment que ces deux endroits avaient été plus vivement pressés contre les os pubis par la pince du fer du cheval. Cette pourriture n'eut point de suite, parce que, profitant des fautes passées, je ne tirai point les filets spermatiques, et, ce qui est un point essentiel, c'est que les saignées et les opérations préliminaires avaient été diligemment faites.

Observation XXXVIII. (Résumée.)

Contusion du scrotum et orchite traumatique du côté gauche chez un homme atteint de blennorrhée. — Hématocèle pariétale. — Abcès des bourses. — Hernie des tubes séminifères et élimination du testicule. — Indemnité de l'épididyme.

Par Gaucher (1).

Un jeune homme de 20 ans, garçon marchand de chevaux, entre le 10 avril 1878, à la salle Saint-Gabriel, n° 93.

Il est grand, robuste, de bonne santé habituelle et n'a pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux dans sa famille.

---

(1) In : *Bulletin de la Société clinique*, 1878, p. 261. – Et. : *Archives générales de médecine*, 1881, t. II, p. 697.

Depuis deux mois il est atteint d'un écoulement uréthral blennorhagique qui n'a jamais présenté de période aiguë bien franche ; aujourd'hui ce n'est plus qu'une blennorrhée très-légère.

Mais il y a deux jours, en pansant un cheval, il a reçu *sur les bourses un coup très-violent,* à la suite duquel il a presque perdu connaissance. Malgré la vive douleur qu'il en ressentit, il continua toute la journée à conduire des chevaux au trot. Le lendemain la douleur a encore augmenté, la marche est devenue tout à fait impossible et le malade est admis à l'hôpital.

Le scrotum du côté gauche est alors rouge, tendu, douloureux ; le testicule entier, y compris l'épididyme, est volumineux, douloureux aussi spontanément et surtout à la pression ; il y a un peu de fièvre : 38°, pas de frissons et un état général satisfaisant. La fièvre cède d'elle-même le lendemain.

Au bout de dix jours, le 20 avril, le scrotum reste rouge, mais plus souple que le premier jour. Le testicule a augmenté beaucoup de volume ; il est maintenant gros comme une petite orange. Il y a un peu d'épanchement dans la vaginale : toutes les tuniques du scrotum, enflammées, sont le siège d'élancements très-pénibles.

Le 22. — *Le scrotum s'est ulcéré sur trois points ; les trois fistules donnent issue à quelques caillots et à du pus séreux rougeâtre. La contusion, indépendamment de l'orchite, avait produit une légère hématocèle pariétale, et c'est ce foyer sanguin qui s'est enflammé et a suppuré.*

Le 23. — Les trois ulcérations se sont réunies en une seule : on a maintenant une *plaie de la largeur d'une pièce de deux francs, au fond de laquelle le testicule est encore recouvert par la vaginale et par l'albuginée.*

Le 24. — La tunique vaginale, mise à nu, est fluctuante ; un point plus aminci fait hernie et l'ouverture est imminente.

Le 25. — On trouve au fond de l'ulcération des bourses deux perforations plus petites, comprenant la vaginale et l'albuginée, et à travers lesquelles sortent des filaments jaunâtres qu'on reconnaît facilement pour des tubes séminifères. Ces deux perforations présentent chacune à peu près la largeur d'une pièce de cinquante centimes.

La suppuration est peu abondante ; mais, à partir de ce jour, les tubes séminifères sortent peu à peu et se sphacèlent à mesure qu'ils sont exposés à l'air. Le 3 mai, tout le testicule est éliminé et détruit en moins de huit jours.

Dès ce moment, la plaie se couvre de bourgeons charnus et la cicatrisation commence ; elle est achevée en douze jours (le 15 mai).

Si l'on palpe le scrotum, on trouve que l'épididyme subsiste intégralement sans augmentation de volume sensible et sans douleur à la pression. Mais le corps du testicule tout entier a disparu, il est remplacé par une petite masse indurée attenant à l'épididyme et qui adhère à la cicatrice du scrotum.

Le malade ne souffre pas et marche très bien ; il n'a pas maigri, ne présente aucun signe de tuberculose. Il quitte l'hôpital entièrement guéri.

Observation XXXIX. (Inédite.)

Hématocèle du scrotum par coup de pied de cheval. — Contusion du testicule droit. — Orchi-épididymite. — Guérison.

Communiquée par M. le Médecin-Major Comte.

Bouchon (Emile), 21 ans, cavalier au 10e hussards, voulait sauter en croupe aux exercices de voltige ; il manqua son coup et reçut une ruade au moment où il venait de retomber derrière le cheval, debout, les cuisses rapprochées.

Le coup porta sur le testicule droit dont *les enveloppes s'infiltrèrent d'un extravasat sanguin qui s'étendit jusqu'au canal inguinal, donnant à la partie le volume du poing.*

Pendant les huit premiers jours, douleurs assez vives s'opposant à la station debout.

Entré à l'infirmerie le 28 novembre 1889, jour de l'accident, il est sorti le 12 décembre suivant.

Traitement : Eau blanche ; pommade mercurielle.

Revu le 20 janvier 1890 ; toute trace d'inflammation a disparu (il y avait eu un peu d'orchi-épididymite).

Observation XL. (Résumée.)

Observation sur une plaie contuse qui s'est terminée par le sphacèle de tout le scrotum.

Par Baurienne, Chirurgien. (1).

Le nommé Pierre, Jacques, garçon boucher de l'armée, âgé de 45 ans, achetant un bœuf, à Francfort, et voulant l'examiner, reçut de cet animal descoups de cornes qui lui firent deux plaies contuses, dont l'une s'étendait depuis la partie inférieure des os pubis, du côté droit, jusqu'au périnée du même côté ; et l'autre était située à la partie supérieure interne de la cuisse gauche. Le blessé tomba à la suite des coups, avec perte de connaissance, et fut transporté chez lui.

Il envoya chercher un chirurgien allemand qui, pensant que c'était une plaie des plus simples, se contenta de saigner le blessé une fois et l'abandonna à son malheureux sort Au bout de quatre jours, le blessé se voyant sans secours et à la veille de périr, se fit transporter à l'hôpital royal militaire de cette ville, le 10 janvier 1763. J'étais à l'hôpital lorsqu'il arriva : je lui trouvai une fièvre très-considérable, la bouche mauvaise et la langue chargée ; le bas-ventre était météorisé, n'ayant point été à la selle depuis plusieurs jours. Dans l'examen que je fis de

---

(1) *Bibliothèque choisie de médecine.* Par Planque et Goulin. Paris 1770, t. XXIX, page 174. — *Journal de Médecine,* ,1764 mars, p. 250.

ses plaies, je trouvai le scrotum extrêmement tuméfié : les bords de la plaie étaient tombés en gangrène, et j'aperçus que le testicule droit ne recevait plus de nourriture ; la cuisse gauche était gonflée et tendue considérablement ; différentes taches gangréneuses se faisaient apercevoir aux environs de la contusion.

Ablation des parties sphacélées, pansement camphré et au sel ammoniac. Scarifications de la cuisse et même pansement qu'au scrotum. — Potion cordiale. Lavements. Diète rigoureuse. Tartre émétique dans de l'eau de casse.

Le lendemain je remarquai que tout le scrotum et le testicule droit étaient tombés en pourriture. J'emportai tout le scrotum jusqu'au périnée ne laissant que le testicule gauche et le dartos du même côté, et sans lier l'artère spermatique droite. — Pansement anti-septique. — La cuisse était moins gonflée : — pansement avec un digestif émollient et anti-putride.

Du troisième au dixième jour la fièvre prit au blessé et céda devant des bols fébrifuges et anti-septiques. Au quatrième pansement je vis avec plaisir tomber les petits lambeaux gangrénés qui restaient encore au scrotum. Je continuai les mêmes pansements jusqu'au huitième jour, temps où la suppuration devint louable et franche ; le testicule gauche se recouvrait de chairs grenues et vermeilles. — La guérison de la cuisse fut prompte.

J'apercevais, de jour en jour, que la plaie du scrotum faisait des progrès en bien ; la cicatrice commençait à se faire apercevoir : à chaque pansement (avec le baume d'Arcæus), je rapprochais la peau, tant du côté des os pubis, que du périnée, afin de favoriser et d'aider la nature à recouvrir le testicule gauche, qui se retirait chaque jour vers l'anneau. Au bout de deux mois, le blessé fut parfaitement guéri, ayant un scrotum moins étendu que le naturel, mais assez régénéré pour mettre à couvert le testicule gauche, qui s'est trouvé adhérent avec les chairs.

Observation XLI

Hématocèle pariétale du scrotum (par épanchement).

Par Milici (1).

Milici, chirurgien d'un mérite très-connu à Marseille, a traité l'année dernière une hématocèle d'un si grand volume, que la tuméfaction s'étendait au delà des muscle du bas-ventre. Pour s'assurer de la nature du fluide contenu, Milici plongea d'abord un trocart dans le centre de la tumeur ; il en vit sortir une matière épaisse, corrompue et de la couleur du chocolat. Il vit alors la nécessité d'une large ouverture

L'humeur était renfermée dans une poche particulière, dont la convexité de la tunique vaginale faisait la partie postérieure. La suppuration de l'ulcère devint si abondante les quinze premiers jours, que l'on crut pouvoir évaluer le poids de la matière à onze livres. La tunique vaginale, détruite en partie dans le dernier temps de la

(1) In : Imbert Delonne. — *Traité de l'hydrocèle, etc.* Paris, 1789. p. 318.

suppuration, laissa voir le testicule en bon état, et la cure de la maladie fut complète au bout d'environ quarante jours. Cette tumeur sanguine était la suite d'un coup donné à la partie en montant à cheval treize ans auparavant.

Observation XLII

Hématocèle pariétale du scrotum accompagnant une hématocèle vaginale,

Par Chassaignac (1).

Un homme de 31 ans, fort et bien portant, n'ayant jamais eu aucun engorgement dans les bourses, essaie de monter en selle sur un cheval lancé au galop. Il tombe, et, dans sa chute, se froissa violemment le scrotum contre une des pièces du harnais. Il entre à l'hôpital Saint-Antoine, ayant cette *énorme tuméfaction globuleuse, qui est, avec la couleur bleue, caractéristique de l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire du scrotum.* Mais, dès l'entrée du malade, on distinguait parfaitement au milieu de la masse globuleuse la distension ovoïde allongée, fluctuante et une dureté plus grande de la tunique vaginale gauche. On diagnostique dès cette époque une hématocèle.

Le malade sort sans attendre sa guérison ; mais quinze jours après, il revient, ayant à gauche la tumeur pyriforme qui se produit dans tout épanchement de la tunique vaginale et, de plus, l'absence absolue de transparence qu'on trouve dans l'hématocèle.

Observation XLIII

D'une tumeur au scrotum par coup de pied de cheval, et par coup d'épée.

Par Pierre Estanoue, chirurgien de Montpellier (2).

Le fils de M. Ricard, conseiller en la haute Chambre des Comptes, ayant reçu un coup de pied d'un cheval dans la région du bas-ventre, dans l'espace de quatre heures il se fit une tumeur au scrotum de la grosseur de la tête d'un enfant, qui était tout livide.

La saignée ayant été faite, cette tumeur fut dissipée en dix jours, par le moyen d'un cataplasme fait de farine d'orge et de fèves, semence de cumin, fleurs de camomille, melilot et roses, le tout pilé et cuit dans de l'oxymel.

Un certain qui avait été percé d'un coup d'épée en la région des lombes, eut une semblable tumeur, de laquelle il fut guéri dans aussi peu de temps, par le même cataplasme.

---

(1) Chassaignac. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris,* 1851-1852, p. 304.

(2) *Observations et histoires chirurgicales tirées des Œuvres latines des plus renommés practiciens de ce temps par un docteur-médecin, et comprises en douze centuries.* Genève, 1679, p. 90 (centurie seconde).

Observation XLIV

Hématocèle pariétale du scrotum (par épanchement).

Par Imbert Delonne (1).

Imbert Delonne rapporte un cas dans lequel on vit le sang épanché sortir par une plaie des téguments : une hématocèle du volume d'une noix avait été causée par un coup de fleuret ; huit jours après l'accident, le sang sortit par la solution de continuité encore imparfaitement réunie, la suppuration fut peu abondante, et le malade guérit

---

Observation XLV

Hématocèles pariétales traumatiques suivies de gangrène du scrotum et de rétention d'urine.

Par J.-L. Petit (2)

J'ai fait l'ouverture du cadavre d'un marinier qui avait reçu un coup de rame sur le scrotum, à qui la négligence de faire des incisions avait causé la mort ; je lui trouvai toutes ces parties gangrenées et, de plus, il y avait ecchymose dans tout le tissu cellulaire du péritoine et dans les enveloppes graisseuses des deux reins jusqu'au diaphrage.

J'en ai vu d'autres qui, outre les dérangements dont je viens de parler, sont morts de rétention et suppression totale d'urine. A l'ouverture de leurs cadavres, j'ai trouvé que le sang, infiltré dans le tissu cellulaire du péritoine, y était en si grande quantité que les reins et la vessie en étaient pressés au point qu'ils ne pouvaient faire leurs fonctions.

Dans l'observation suivante, E. Cloquet dit que, bien que la position du testicule ne soit pas indiquée, il a cru pouvoir ranger ce cas dans celui des hématocèles vaginales, suivant en cela l'exemple de Baudens lui-même pour qui ce cas a été l'un des plus beaux qu'il ait rencontrés au Val-de-Grâce.

Observation XLVI

Hématocèle pariétale par infiltration compliquant une hématocèle vaginale traumatique.

Par Baudens (3).

D...., sapeur-pompier, âgé de trente-quatre ans, de très-bonne constitution, reçoit, en juin 1847, dans des exercices gymnastiques, un coup violent sur les bourses. Un

---

(1) Imbert Delonne. — *Traité de l'hydrocèle, etc.* Pairs, 1785, 319.

(2) In : *Œuvres chirurgicales,* 1837, p. 739.

(3) Jamain. — *Thèse d'agrégation.* Paris 1853. De l'hématocèle du scrotum, p. 69.

épanchement sanguin se produit spontanément, qui va sans cesse en augmentant, au point de mesurer en circonférence 48 centimètres. Quelques heures plus tard, le blessé arrive au Val-de-Grâce, service de Baudens.

L'épanchement existe des deux côtés ; la peau du scrotum est dure, tendue, sans fluctuation manifeste, de couleur ardoisée d'abord, puis complètement noire au bout de quarante-huit heures. L'état général ne présente rien de particulier à noter ; la douleur locale n'est pas très-vive ; une chaleur anormale, le poids et la tension des bourses sont surtout appréciés par D... qui s'en effraie. (Saignée du bras : 600 grammes ; purgatif salin).

La tumeur, soutenue par une très-grosse éponge à moitié déchirée, et dont les côtés la débordent, est relevée sur les régions inguinales. On dépose sur elle une légère couche de charpie, et sur celle-ci quelques morceaux de glace qu'on renouvelle au fur et à mesure qu'ils fondent. Le blessé éprouve promptement un soulagement manifeste, et sous l'influence de ce cataplasme à la glace, éminemment résolutif, la tumeur perd graduellement de son volume. Au septième jour elle avait diminué de moitié ; la peau des bourses, de noir foncé, était devenue par elle-même jaunâtre ; le noir s'étendait à l'hypogastre et à la partie interne des cuisses par suite de la filtration du sang épanché dans les parties voisines. On diminua chaque jour la glace. Bientôt elle fut complètement supprimée et remplacée par des compresses d'eau froide ; bientôt celles-ci firent place à des mélanges résolutifs. (Eau-de-vie camphrée, eau blanche, enfin des pommades mercurielles, d'iodure de plomb.) La guérison était obtenue en quarante jours. A cette époque il ne restait que quelques petits noyaux partiels d'induration.

Observation XLVII

Hématocèle pariétale par infiltration accompagnant une hématocèle funiculaire traumatique.

Observation recueillie par Gallard, interne de Jobert. (1)

Vernet (Joseph), entre le 15 avril 1853, âgé de 71 ans, imprimeur, n'exerçant plus sa profession depuis sept ans à cause de son âge et de la faiblesse de sa vue.

Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, étant dans l'atelier d'un forgeron, il fut atteint, dans la région du périnée, par un de ces lourds marteaux dont on se sert pour frapper sur l'enclume. Le coup lui fut porté de bas en haut pendant que l'ouvrier élevait son outil. Au même moment il ressentit une douleur très-vive, et une demi-heure après, la tumeur dont nous allons parler existait ainsi que l'ecchymose. Pendant les cinq jours qui se sont écoulés entre l'accident et l'entrée à l'hôpital, cet homme n'a fait aucune espèce de traitement. Il éprouvait une grande

(1) Jamain. — *Hématocèle du scrotum*, p. 114.

gêne avec pesanteur douloureuse dans toute la région périnéale, ainsi que vers la partie inférieure de l'abdomen ; il ne pouvait marcher sans éprouver de douleurs. En même temps le ventre continuait à être souple et non douloureux vers ses parties moyenne et supérieure, ainsi que dans la région iliaque droite. — Il n'y a donc que peu ou point de réaction fébrile, — pas de vomissements, — les garde-robes étaient naturelles, l'émission des urines se faisait facilement.

Au moment de l'entrée du malade, nous avons constaté d'abord qu'il porte aux deux membres inférieurs quelques varices datant de longues années, et qu'à la région inguinale droite (vers laquelle il ne s'est produit aucun phénomène depuis l'accident), il existe un affaiblissement notable de la paroi abdominale. — L'orifice extérieur du canal inguinal est très-large, et admet facilement l'extrémité du doigt. — Dans toute l'étendue occupée par ce canal, il existe non pas une tumeur, mais une saillie plus prononcée quand le malade fait un effort, et le doigt, introduit dans l'ouverture, sent très-manifestement le choc des intestins quand le sujet tousse. — Pourtant il n'y a pas hernie complète, il n'y en a jamais eu, au dire du malade, qui n'a jamais porté de bandages, et qui affirme n'avoir vu, dans aucun temps, une tumeur réductible se former en ce point. — Il y a tout simplement soit amincissement de la paroi abdominale et tendance de l'intestin à sortir par un point, soit même un premier degré de hernie, par suite de la pénétration dans la partie supérieure du canal inguinal de ce même intestin qui n'a pas encore dépassé l'orifice externe. La même disposition que nous venons de noter à droite existait à gauche.

Aujourd'hui, et depuis le moment de l'accident, il existe une tumeur cylindrique dans toute la longueur du canal inguinal, dure, volumineuse, s'étendant et se répondant dans le scrotum, d'une part, — s'étendant également dans la fosse iliaque, jusque vers le milieu de laquelle elle peut être suivie ; elle y conserve sa dureté et il est facile d'atteindre jusqu'à sa limite parce que la paroi abdominale est souple et facilement dépressible sans douleur. — Toute cette tumeur, depuis le fond du scrotum jusque dans la fosse iliaque, est dure, et peu douloureuse à la palpation, excepté dans un point situé presque immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal ; là, on sent un peu de chaleur, sans rougeur manifeste de la peau ; la pression est douloureuse, et il y a de la fluctuation, non pas très-tranchée, mais incontestable, dans l'etendue d'environ quatre centimètres.

Le testicule se retrouve parfaitement intact au fond du scrotum, de ce côté, mais il est impossible de retrouver le canal déférent, tellement la tumeur est dure et tendue dans toute la longueur du cordon.

En même temps tout le scrotum offre une coloration noirâtre foncée et également répandue jusqu'au périnée. Une large ecchymose s'étend jusqu'au tiers inférieur de la cuisse gauche, et une plus limitée occupe la partie supérieure du côté interne de la cuisse droite, vers le pli génito-crural.

Le traitement, des plus simples, consiste en cataplasmes émollients les premiers jours.

Application de compresses d'eau blanche et d'eau-de-vie camphrée ensuite.

La fluctuation a disparu ; — aujourd'hui, 7 mai, la tumeur a diminué d'etendue inférieurement.

Observation XLVIII. (Inédite.)

Hématocèle du scrotum (par épanchement). — Gangrène du scrotum et du canal de la verge. — Guérison.

Observation communiquée par M. le Docteur Régnier, de Bouzonville.

Le nommé Reiser, ouvrier maçon de Vaudreching, travaillait à un puits. Pour descendre au fond de ce puits, il se posait dans une benne ou grand seau suspendu à une corde. Celle-ci, tandis que l'on descendait l'homme, se rompit et, par suite, le malheureux tomba au fond du puits, sur le rebord du seau. Il eut toute la région des parties génitales tellement contusionnée que, lorsque je le vis, tout était noir, tuméfié, douloureux. La gangrène enleva tout, même le canal de la verge. Grâce à une sonde à demeure, je parvins à vider la vessie. Aussitôt que la chose fut possible, je le dirigeai à la clinique de Strasbourg où on établit un nouveau canal urinaire, et notre homme est aujourd'hui parfaitement remis.

Observation XLIX. (Inédite.)

Hématocèle (par épanchement) du scrotum à la suite d'une chute à califourchon.

Par M. Et. Cetiat, interne à l'Hôpital Broussais.

Un campagnard d'une cinquantaine d'années avait fait une chute à califourchon. A l'examen on remarquait une ecchymose prononcée et un gonflement des bourses. Une incision permit d'enlever des caillots nombreux. La plaie se réunit facilement.

Observation L

Ecchymose du scrotum.

Par Alfred Ginters, de Normanton (1).

Un jeune homme âgé de 19 ans, ouvrier mineur, était en train de travailler dans une galerie de charbon, quand une masse considérable de pierres tomba, de la voûte, sur lui, en produisant une lésion grave de la partie inférieure de l'abdomen et du scrotum.

Je le vis quelque temps après l'accident. Il souffrait du choc ; la surface entière du corps était pâle et froide ; le scrotum, quelque peu enflé, avait changé de couleur. Le malade se plaignait de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. On lui

---

(1) *The Lancet*, 1875, II, p. 753.

prescrivit de l'eau-de-vie chaude et de l'eau chaude avec des fomentations de houblon sur les parties lésées.

Le jour suivant, une péritonite générale s'était déclarée et la tumeur scrotale atteignait le volume d'une grande noix de coco, avait une teinte bleue-noire, et était très-tendue. On lui prescrit une douzaine de sangsues sur l'abdomen avec du calomel et de l'opium à l'intérieur. Le scrotum, soutenu par une serviette pliée faisant le tour des reins, était entouré de compresses saturées d'une lotion chaude ainsi composée : teinture d'arnica (une once), chlorhydrate d'ammoniaque (une once), eau simple (une pinte = 12 onces).

En deux jours, la péritonite avait cessé. Les lotions du scrotum furent continuées, et avec un tel succès que, le dixième jour après l'accident, la peau a son aspect normal, est molle, ridée, sans aucune trace du résidu fibrineux et dur qu'on rencontre si souvent dans ces cas.

Observation LI

Hématocèle pariétale par épanchement d'origine traumatique

Par Velpeau. (1).

Pendant le mois d'avril 1837, un charretier des environs de Paris, âgé de 42 ans, fut admis dans notre service et couché au n° 16 de la salle Sainte-Vierge, à la Charité. Quelques jours auparavant, il était tombé à califourchon sur un des brancards de sa charrette, et ses bourses qui, d'après son dire, étaient ordinairement flasques et pendaient de plusieurs pouces entre les cuisses, furent violemment contuses. Il dit qu'il n'éprouva pas une très-vive douleur.

Quoiqu'il en soit, à son entrée, nous observâmes les phénomènes suivants. Les bourses sont énormément tuméfiées, la peau est luisante, tendue, noirâtre ; la région périnéale est le siège d'une large et profonde ecchymose. Je crus d'abord à une lésion plus grave que celle qui existait réellement ; cependant un examen attentif et minutieux me fit reconnaître que ce n'était qu'une vaste collection sanguine, et que les testicules n'avaient pas été atteints. Le malade était d'ailleurs agité ; il y avait de la fièvre ; le pouls était développé.

Je ne crus pas devoir différer de recourir à l'instrument tranchant ; je pratiquai, en conséquence, quatre longues incisions, deux sur chaque côté ; il s'écoula une grande quantité de sang noirâtre ; les plaies furent pansées convenablement. Pour calmer la réaction générale, je fis pratiquer une large saignée ; limonade, diète.

Le lendemain, le malade était soulagé de beaucoup ; le pouls était revenu à l'état normal.

Les jours suivants, la suppuration s'établit ; elle était de bonne nature. Tout le reste se passa sans accidents ; mais les plaies ne furent complètement cicatrisées qu'après un mois de soins.

---

(1) *Leçons orales de Clinique chirurgicale*, 1841, t. II, p. 386.

Observation LII

Ecchymose du scrotum. — Hématocèle pariétale suppurée. Abcès du cordon. — Guérison.

Par William SAVORY, de Londres. — Hôpital Saint-Barthélemy (1).

Un charretier, âgé de 31 ans, fut admis à l'hôpital le 10 décembre 1874. Pendant un brouillard épais, il se trompa de chemin et tomba dans le bassin du West-India. Une quantité considérable de sang s'épancha dans le scrotum, le pénis et le périnée. Toutes ces parties étaient noires et bleues, enflées et tendues.

Mais dans le tissu cellulaire du scrotum, surtout du côté droit, une quantité considérable de sang était infiltrée. Il était plus gros que deux poings, et la peau en était très-noire et fortement tendue. On sentait sous ces téguments un liquide qui avait des relations avec celui du pénis et du périnée et qui indiquait clairement que le sang s'était épanché dans le tissu cellulaire du scrotum. On ne constatait d'ailleurs pas d'épanchement sanguin dans la tunique vaginale.

Il est clair que je ne pouvais intervenir d'une manière active. Je n'avais qu'à m'en rapporter au repos et au temps, attentif aux symptômes imprévus qui pourraient survenir.

Au bout de trois semaines environ, le sang avait disparu du pénis, du périnée et presque complètement du côté gauche du scrotum ; mais à droite la diminution était à peine marquée. Il n'y avait plus d'espoir de voir la tumeur se résorber, mais, par contre, il y avait les symptômes d'un commencement de décomposition, avec rougeur à la peau, infiltration des tissus, chaleur et douleur. C'était *le 2 janvier*.

La cavité fut ouverte d'un seul coup de bistouri. Une grande quantité de sang, épais et noir comme de la mélasse, avec des grumeaux divisés, en sortit, et la poche fut lavée avec soin, dans tous les sens avec de l'eau et du liquide de Condy.

Pendant les deux premiers jours, je n'observai rien d'important. Mais, *le 5 janvier*, le bulletin du malade porte : Il a eu deux ou trois frissons et a été indisposé. Se plaint d'un mal de tête frontal violent et a soif. — Pas d'appétit. — La peau légèrement humide. Température 102,4° Fahrenheit (39°. 1 centigrade). — Pouls, 106.

Le 6 janvier. — T. = 102° F. (38° 8 c.). P. = 95. — Mal de tête moins fort et mine meilleure. Il se plaint d'une légère sensibilité le long du cordon spermatique gauche et au-dessus du pubis.

Le 7. — T. = 101°,4 F. (38° 5 c). P. = 96. — Léger mal de tête continue. Dans l'après-midi il devint violent, et il y eut retour de frissons et de malaise, suivis d'une transpiration abondante.

Le 8. — T. = 100° 4 F. (37° 8 c.). P. = 88. — Malade beaucoup moins inquiet.

Le 9. — Température normale. P. = 68. — Déclare qu'il se sent bien. En lavant la cavité du scrotum il y eut, pour la première fois, un échappement de pus.

---

(1) *The Lancet*, 1875, II, p. 691.

Le 10. — De nouveau, léger mal de tête. Se plaint de douleurs violentes dans le testicule gauche et en haut le long du cordon

Le 12. — T. = 104° F. (40° C.). P. = 100. — Frissons, vomissements, et douleur de tête violente, beaucoup de douleur et gonflement dans le cordon spermatique gauche.

Le 13. — T. = 104° F (40° c). P. = 96.

Le 14. — T. = 100°3 F. (37°9 c). P. = 80.

Le 15. — T. = 101°2 F. (38°4 c). P. = 80.

Le 16. — T. = 100°4 F. (38° c). P. = 80. — Sensibilité vive le long du cordon gauche avec sensation de fluctuation.

Le 19. — T. = 100° F. (37°7 c). P. = 80. — Depuis le 16, la douleur le long du cordon gauche a été violente, et la fluctuation est maintenant bien nette. Je fis une incision large qui donna issue à une grande quantité de pus louable. — Ni frissons, ni autres troubles ne s'ensuivirent.

Le 20. — Temp. normale. — P. = 80. — Tout à fait mieux.

Le 21. — Va bien. L'appétit revient.

A partir de ce moment le malade se rétablit rapidement et sortit bientôt de l'hôpital.

Observation LIII

Observation sur un vaste épanchement de sang.

Recueillie par L. Van de Kerre dans le service de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu (1).

Tarot, âgé de 59 ans, voiturier, fut transporté à l'Hôtel-Dieu, le 2 mai 1828. Le même jour, à midi, il avait été renversé par une voiture pesamment chargée, dont la roue lui avait passé sur le côté droit du bassin, le pubis et le côté interne de la cuisse gauche. Il perdit connaissance pendant quelques instants et eut ensuite un tremblement, une sueur froide générale et des envies de vomir.

Dupuytren le vit à sa visite du soir, et le trouva dans l'état suivant : les parties froissées par la roue étaient le siège d'une énorme tumeur qui s'étendait de la région iliaque droite à la partie moyenne de la cuisse gauche, *aire dans laquelle étaient compris le scrotum, qui était doublé de volume*, et l'aine gauche ; ces parties et l'hypogastre étaient très-douloureux ; le malade ne pouvait soulever le membre blessé ; la face était pâle, le corps couvert de sueur froide, le pouls accéléré, petit, les extrémités froides, surtout les inférieures. Saignée de deux palettes, cataplasme émollient, résolutif sur les bourses, tilleul orange édulcoré. La nuit, il y eut de la fièvre.

Le 3, peau sèche, pouls serré, soif vive, face un peu plus colorée, douleur dans le flanc droit, infiltration de sang dans l'hypogastre et le tiers moyen de la cuisse

---

(1) *Journal analytique de médecine et de sciences accessoires*, t. V, 1828, n° 13, p. 110.

droite ; ce membre avait augmenté de volume, mais il conservait sa couleur naturelle ; *le scrotum était énormément distendu et d'un bleu violacé* ; l'infiltration s'était étendue aussi aux régions périnéale, pubienne et inguinale gauche ; une vive douleur se faisait sentir dans les régions sacrée et iliaque droites.

Le 4, l'infiltration était encore plus considérable ; l'hypogastre très-tuméfié, douloureux, était parcouru par de larges ecchymoses et le siège d'une fluctuation évidente ; *le scrotum, la verge et le périnée, jusqu'à l'anus, étaient énormément tuméfiés, bleuâtres* ; la cuisse droite avait encore augmenté de volume ; une ecchymose d'un bleu foncé occupait l'espace compris entre son tiers inférieur et l'articulation coxo-fémorale, le malade ne pouvait se remuer dans son lit ; les douleurs qu'il éprouvait lui ôtaient le sommeil ; la face avait repris sa couleur naturelle, la soif était moins vive, la langue un peu chargée, la bouche amère et pâteuse, le pouls à l'état normal. — Un lavement purgatif, administré la veille au soir, avait provoqué une selle peu copieuse. Quarante sangsues aux environs de la hanche droite, cataplasme émollient après leur chute ; guimauve, petit-lait édulcorés, un bouillon. Le soir, l'épanchement s'étendait jusqu'à la région sacrée, qui était tuméfiée et d'un brun violacé ; le scrotum et la verge étaient plus tuméfiés ; il y avait moins de douleurs, le pouls était plus fort et le malade avait un peu dormi.

Le 5, insomnie, douleurs vives vers le scrotum et le long de la cuisse droite, qui était engourdie ; sentiment de formication dans les artères du même côté ; abdomen ballonné, tendu, indolent, même à la pression ; urines libres, une selle.— Lavement émollient, bouillons. — Le soir, amélioration sensible ; le malade avait rendu beaucoup de vents, malgré cela le météorisme persistait ; la région sacrée était moins tuméfiée et moins douloureuse ; le malade commençait à pouvoir changer de position.

Les jours suivants, la résolution commença à s'opérer et fit de rapides progrès — Huile de ricin, cataplasmes émollients, potages. On remplaça les cataplasmes par des compresses imbibées d'eau végéto-minérale ; on appliqua des cataplasmes, sur un furoncle qui survint dans l'aine droite, et qui, s'étant terminé par suppuration, fut ensuite pansé à plat. Un peu d'œdème, qui était survenu à la jambe gauche, se dissipa et, le 4 juin, la guérison fut complète.

Observation LIV

Hématocèle produite par un choc extérieur.

Observation recueillie par Hattier, interne à l'hôpital Saint-Louis (service de Malgaigne) (1).

Le 27 août 1848, le nommé Ebrard, ferblantier, âgé de 53 ans, entra dans la salle Saint-Augustin, n° 50, avec un scrotum énorme, et tellement ecchymosé qu'il était non pas bleu, mais noir. Il raconta que la veille il avait fait une chute de sa hauteur, assez peu violente ; mais une pierre grosse comme un œuf s'était rencontrée au

(1) *Revue médico-chirurgicale de Paris* 1848, Tome IV, p. 181.

niveau de la région inguinale droite et lui avait causé en cet endroit une vive douleur. Il avait, toutefois, continué à travailler ; mais le soir il s'aperçut que la racine de la verge était violette ; et cette couleur, devenant de plus en plus foncée, envahit successivement la partie droite des bourses et puis la gauche ; et le lendemain, le scrotum étant gros comme la tête d'un enfant, il avait eu peur et était venu à l'hôpital.

A l'examen, le scrotum était mollasse ; on y sentait à peine une fluctuation très obscure ; la sensation principale était celle d'un empâtement qui comprenait tout le scrotum. Le côté droit était plus dur que le gauche, et l'on sentait la consistance de la tumeur augmenter au niveau du cordon. — Cataplasmes froids ; repos au lit ; le scrotum est ramené en avant et en haut à l'aide d'une cravate passée au-dessous en écharpe et se rattachant à une ceinture serrée autour de l'abdomen.

Le 28, le malade demande qu'on remplace les cataplasmes froids par les cataplasmes chauds. Point de fièvre ; peu de douleurs ; un peu d'insomnie pendant la nuit.

Le 31, diminution dans la dureté de la tumeur ; certains points, surtout à droite, conservent encore leur consistance et forment des noyaux au milieu de l'empâtement général. Le cordon se dessine dur et gros comme le pouce.

Le 2 septembre, la résolution continue. On sent manifestement le testicule.

Le 6, la tumeur est ramenée au volume d'un œuf de dinde.

Le 8, elle a encore diminué ; le cordon seul conserve toujours sa dureté et son volume ; la tumeur est flasque, mais les parois du scrotum présentent toujours une épaisseur et un empâtement anormaux ; la teinte lie de vin est moins foncée. Le malade demande sa sortie et l'obtient, à la condition de porter un suspensoir.

Les chirurgiens classiques recommandent de traiter les épanchements de ce genre par les topiques spiritueux aromatiques, parmi lesquels l'eau-de-vie camphrée joue le principal rôle. Malgaigne a fait des expériences comparatives desquelles il résulte que ces topiques, prétendus résolutifs, retardent au contraire la résorption, et que les cataplasmes émollients sont le plus sûr moyen de l'activer. Il n'est pas moins important de tenir le scrotum soulevé, afin de lutter contre l'engorgement dû au poids des liquides ; le suspensoir a alors des inconvénients, résultat de la pression qu'il exerce, et la cravate en écharpe est de tout point préférable, non-seulement pour l'hématocèle, mais pour toutes les affections du scrotum.

Observation LV

Grande contusion. — Ecchymose.

Par Pelletan (1).

Au mois de juillet 1806, il vint à l'Hôtel-Dieu un homme âgé de 50 ans qui, en travaillant aux terrasses, avait reçu un éboulement sur tout son corps, qui en avait été presque enterré. Entre autres accidents que cet homme éprouva, il eut une vio-

---

(1) *Clinique chirurgicale*, 1810, t. II.

lente contusion avec ecchymose au dos, aux fesses, aux bourses et le long de la cuisse gauche.

Tous les secours de l'art lui furent prodigués, et les accidents se calmèrent. L'ecchymose se dissipa également par degrés, mais il s'établit une tumeur fluctuante et très-légère le long du dos du côté gauche. Le fluide était épanché entre la peau et le système tendineux de cette région, dans un foyer qui n'en était pas rempli. Ouverture de cette poche et guérison tardive.

Observation LVI

Hématocèles pariétales du scrotum d'origine traumatique.

Par Delamare (1).

Chez un malade à qui j'ai donné des soins, un épanchement considérable dans le scrotum disparut en trois semaines au moyen seul des résolutifs.

Dans un autre cas que j'ai observé, une hématocèle, due à un coup, ayant été ouverte, le testicule devenu squirrheux dut être enlevé peu de temps après.

Observation LVII

Hématome circonscrit ou par épanchement.

Par M. Edouard Schwartz (2), professeur agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Un jeune garçon de 16 ans tomba à califourchon sur un corps dur. Je le vis trois semaines après l'accident ; toute trace d'ecchymose avait disparu, mais il restait au niveau des bourses, à gauche, une tumeur sphérique grosse comme une mandarine et adhérente à la partie inférieure de l'épididyme ; le testicule était absolument isolable. Le diagnostic hématome fut confirmé par une ponction qui amena quelques gouttes d'un liquide noirâtre épais. L'enfant fut traité par le repos et les résolutifs.

Comme deux semaines après il n'y avait aucun progrès, j'enlevai la tumeur et reconnus qu'elle était tellement adhérente à la tunique vaginale dont elle s'était coiffée et qui adhérait elle-même à l'épididyme, au niveau de sa queue, qu'il me fut impossible de ne pas l'ouvrir. Je réséquai donc tout son tiers inférieur, remis le testicule en place, fis la suture au catgut en surget ; le petit opéré guérit en quatre jours par première intention avec un testicule mobile.

L'examen de la poche me démontra qu'elle avait, au niveau de sa partie adhérente, une épaisseur d'au moins un centimètre ; le sang qui y était contenu était coagulé et noir. Cette tumeur n'eût certes pas pu disparaître, même par l'incision.

---

(1) *Encyclop. des sciences méd :* Pathologie chirurg. par S. Cooper. Paris, 1841, p. 620 (note).

(2) In : *Encyclopédie internationale de chirurgie*, 1888. Paris, t. VII : Maladies chirurgicales des organes génitaux de l'homme.

Observation LVIII

Hématocèle pariétale du scrotum par épanchement d'origine traumatique. — Ouverture. — Guérison.

Par Velpeau (1).

Pendant le mois de juillet 1838, un homme d'environ 35 ans fut admis dans ce service pour des contusions diverses datant de près d'un mois. Entre autres lésions, nous observons une tumeur fluctuante sur la partie droite du scrotum. La peau de cette région offrait une couleur violacée ; le malade n'y ressentait que peu de douleur ; il souffrait cependant à la moindre pression. Déjà on avait essayé les résolutifs de toute espèce. J'ouvris cette tumeur ; il en sortit une matière noirâtre, épaisse. La plaie fut pansée convenablement ; un mois après le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Observation LIX

Hématocèle par infiltration, limitée à la cloison des bourses.

Par M. L. Jullien (2).

J'ai eu l'occasion d'observer dans le service de Le Dentu un malade qui portait entre ses testicules une véritable muraille résistante, élastique, uniformément épaisse, de près de deux centimètres, sans indice de collection en aucun point.

Observation LX

Hématocèle enkystée de la cloison des bourses.

Par M. L. Jullien (2).

Un jeune malade de 14 ans portait, depuis ses plus jeunes années, une tumeur fluctuante grosse comme une noisette, entre ses deux testicules. M. le docteur Berger était en droit de songer à un kyste dermoïde ; ce fut pourtant un hématome qu'il extirpa.

Observation LXI (Inédite).

Trois cas d'hématome du scrotum.

Communiqués par M. le professeur P. Reclus.

M. le professeur P. Reclus a observé trois malades porteurs d'hématomes du scrotum. Deux fois, ces hématomes n'offraient rien de particulier et lui ont paru « furieusement ressembler à ceux des autres régions. »

Dans le troisième cas, il ouvrit, sans diagnostic, une tumeur sanguine de vieille

---

(1) *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 389.
(2) Jullien. L. — *Loc. cit.*

date. Elle se trouvait entre les deux testicules ; son incision dédoubla la cloison, de sorte que les deux testicules pendaient à la racine de la verge, chacun dans sa bourse respective. Il n'a pu savoir ce dont il s'agissait.

Observation LXII

Hématocèle pariétale par projection contre le sol.

Par M. L. Jullien (1)

Un garçon de 15 ans, que nous avons vu dans le service de Felizet, avait reçu, par derrière, un sac très-lourd qui l'avait jeté violemment par terre en écrasant ses bourses contre le sol.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Estanoue (Pierre). — Observations et histoires chirurgiques tirées des œuvres latines des plus renommés practiciens de ce temps, par un docteur médecin et comprises en douze centuries, Genève, 1679, p. 99 (centurie seconde).

Baurienne. — In : *Journal de méd.* Paris 1764, p. 250, et in : *Biblioth. choisie de méd.* Paris 1770, XXIX, p. 174.

Petit (J.-L.). — *Œuvres chir.* 1837, p. 738 et 739.

Imbert Delonne. — *Traité de l'hydrocèle*, Paris 1785, p. 318, 319 . . . .

Pelletan. — In : *Clinique chirurgicale*, Paris 1810, t. II.

Richerand. — *Nosographie et thérap. chir.*, t. IV, p. 4.

Dupuytren et Van de Kerre. — In : *Journal analyt. de méd. et de sciences accessoires*, Paris 1828, t. V, n° 13, p. 110.

Delamare. — In : *Pathol. chir. de S. Cooper*, Paris 1841, p. 620.

Follet. — In : *Suite de l'ancien Journal de médecine*, t. XIII, p. 421.

Velpeau. — *Gaz. des Hôp.* 1840, p. 114. — *Leçons orales de clinique chirurgicale* 1841, t. II, p. 386 et 389.

Gosselin (L.). — In : *Arch. gén. de méd.* Paris 1844, t. V ; — et in : *Gaz. des hôp.* 1846, p. 248 ; — et in : *Dict. des praticiens*, n° 2855.

Malgaigne et Hattier. In : *Revue méd.-chir. de Paris* 1848, IV, p. 181.

Curling (Th. Blizard). — Hématocèle considérable de la tunique vaginale suivie de mort. — In : *Medico-chirurgical transactions*, London 1850.

Chassaignac. — *Bull. Soc. chir.* Paris 1851-1852, p. 304.

---

(1) In : *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (Jaccoud), 1881, tome XXXII. Art. : Contusion du scrotum.

Velpeau et Dolbeau. — In : *Bull. Soc. anat.* Paris 1859, p. 215

Jamain. — Hématocèle du scrotum, *thèse d'agrégation*, Paris 1853.

Baudens. — In : Jamain, *loc. cit.*

Jobert et Gallard. — In : Jamain, *loc. cit.*

Erichsen. — Hæmatoma situated over the symphysis pubis, attributed to pressure, in *The Lancet*, Londres 1861, t. II, p. 62.

Blake. — Reposition of Scrotum, in *The Med. Times and Gazette*, Londres, 1867, II.

Loreta. — Interno all' ematocele della tunica vaginale del testicolo (De l'hématocèle de la tunique vaginale du testicule. — Remarques cliniques). — In : *Bulletino della sc. méd. de Bologne*, novembre 1872, p. 357.

Lannelongue (O.). — In : *Nouv. diction. de méd. et de chir. prat.* (Jaccoud), Paris 1873. Art. : Hématocèle.

Cooper (Forster J.). — Hématocèle. — In : *Guy's Hospital Reports*, third (3e) séries, vol. XVIII, 1873.

Ginters (Alfred). — In : *The Lancet*, Londres, 1875, II, p, 753.

Savory (William). — In : *The Lancet*, Londres, 1875, II, p. 691.

Lawson. — Hæmatocele ; tunica vaginalis laid open and bloodclots turned out ; recovery. (Hématocèle traumatique ; guérison par large incision). — In : *Med. Times and Gazette*, Londres II, 1877, p. 39.

Gaucher. — In : *Bull. de la Soc. Clinique*, Paris 1878, p. 261 ; — et in : *Arch. gén. de méd.* 1881, II, p. 697.

Jullien (L.). — In : *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques* (Jaccond), 1882, t. XXXII, Art. : Contusion du scrotum.

Schwartz (Ed.). — In : *Encyclop. internation. de chir.*, 1888, Paris, t. VII Maladies : chir. des org. génit. de l'homme.

III Hématocèle du scrotum à la suite de contusions de la région périnéale.

Nous allons, dans ce paragraphe, citer un certain nombre d'observations de contusions du périnée qui, tout en produisant des désordres profonds d'une grande importance et d'un grand intérêt chirurgical, doivent nous intéresser aussi à notre point de vue, car elles ont été accompagnées d'infiltration sanguine des bourses et ont donné lieu à tous les accidents consécutifs à cette affection. Nous ne voulons cependant pas dire que le sang soit seul l'auteur de la gangrène du scrotum, comme Bardy-Delisle en rapporte un cas, car la contusion, amenant une rupture de l'urèthre, il y a, en même temps qu'infiltration sanguine, infiltration urineuse, et il

n'est pas nécessaire de rappeler ici combien les tissus contusionnés supportent difficilement le contact de l'urine.

Comme on le verra, dans les cas que nous avons réunis, l'hémorrhagie provient presque toujours d'une lesion du bulbe. Le sang forme une vaste poche autour du canal de l'urèthre, faisant saillie au périnée et jusqu'à la racine du scrotum. C'est de là que le sang s'infiltre de proche en proche, se répand sous le scrotum aussi bien que sous la peau des cuisses ; l'infiltration sanguine peut même remonter jusqu'au pénis et au pénil, comme dans le cas de Marboux.

Cette marche du sang autour du canal de l'urèthre s'explique facilement par la disposition spéciale des aponévroses superficielle et moyenne du périnée (feuillet inférieur), qui enserrent l'urèthre, depuis le bord postéterieur du bulbe, comme dans un sac dont les bords viennent s'attacher au pourtour du gland. Pour que le sang, provenant d'une lésion du bulbe, vienne se collecter dans les bourses, il faut qu'il se produise quelque éraillure à la partie inférieure de ce sac. C'est précisément ce qui arrive dans les contusions du périnée, où tout ce qui se trouve entre la peau et le rebord inférieur du pubis est plus ou moins déchiré ; et comme la peau souvent ne participe pas à ces désordres, le sang s'amasse sous elle et va vers les parties les plus déclives. D'un autre côté nous avons vu que le sac fibreux, l'*Appareil suspenseur des bourses*, de Sappey, se continuait avec l'aponévrose superficielle du périnée. Nous avons donc toutes les chances pour avoir un épanchement sanguin dans les bourses.

Le diagnostic n'est pas difficile et le pronostic n'est que secondaire à celui de l'affection principale : la lésion du bulbe et la rupture de l'urèthre. C'est contre la maladie principale qu'est dirigé le traitement de l'uréthrotomie externe.

Observation LXIII (Résumée).

Contusion du périnée avec épanchement de sang. — Ouverture et tamponnement de la poche. — Mort par résorption purulente.

Observation recueillie par S. L. dans le service de Roux, à l'Hôtel-Dieu. (1)

Dans la soirée du 29 janvier 1844, un cordonnier, âgé de 35 ans, s'étant pris de querelle avec deux individus, fut renversé à terre et reçut alors, entre les cuisses, un coup de pied d'une extrême violence ; les bourses et le périnée se gonflèrent sur-le-champ ; aux douleurs vives qu'il éprouva en même temps dans ces parties, se joignit presque aussitôt une sensation continuelle d'aller à la garde-robe sans pouvoir le satisfaire. On fut obligé de le transporter chez lui, et là les douleurs

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1847, t. XXXII. p. 305.

devinrent tellement difficiles à supporter que, dans la nuit, il fit appeler un médecin. Vingt-cinq sangsues furent appliquées sur le périnée, qui fut ensuite recouvert de cataplasmes de farine de lin, le tout sans soulagement marqué, et dans la journée du 30 il fut apporté à l'Hôtel-Dieu, dans la salle du professeur Roux. On le trouva le soir couché sur le dos, les membres inférieurs fléchis et fortement écartés, dans la position d'une femme sur le point d'accoucher ; si on cherchait à les rapprocher, on lui causait des douleurs extrêmement vives, qui augmentaient les gémissements qu'il avait poussés continuellement depuis son entrée ; ses membres étaient agités de tremblement convulsif, ses dents s'entrechoquaient, la peau était couverte d'une sueur froide. Les yeux caves, la face pâle, profondément altérée, exprimaient la plus vive souffrance ; la parole était brève le pouls petit et très-fréquent.

Le scrotum et la verge, le périnée, la plus grande partie des deux fesses, de la gauche surtout, *offraient une teinte violette foncée, presque noire ; un gonflement énorme existait dans toutes ces parties* à tel point que les plis rayonnés de l'anus avaient entièrement disparu et que son orifice était enfoncé et caché par le boursoufflement des deux fesses ; les testicules étaient fortement rétractés et appliqués contre les anneaux inguinaux. Tumeur fluctuante, tendue à trois centimètres au-devant de l'anus. Le malade urine facilement sans mélange de sang.

— La tumeur périnéale augmentant, on fait l'ouverture de la poche qu'on bourre de charpie pour tamponner l'artè e qui donne.

— Mort par résorption purulente le 15 février.

Observation LXIV. (Résumée.)

Contusion violente du périnée. — Formation immédiate d'une vaste collection de sang. — Hémorrhagies consécutives abondantes et répétées dans l'intérieur de la poche sanguine.

Par le Docteur Marboux, Médecin-Major au 37e de Ligne. (1)

Dieudonné, caporal au 37e de ligne, âgé de 23 ans ; constitution robuste ; tempérament sanguin : pas de maladies antérieures.

Le lundi 24 mai 1875, étant au gymnase, et voulant sauter en-dehors des barres parallèles, la main glisse et il tombe à cheval sur l'une des barres ; il éprouve immédiatement une douleur extrêmement vive, mais il peut cependant se rendre à l'infirmerie où nous le voyons une heure environ après l'accident.

Le scrotum est de la grosseur d'une tête de nouveau-né ; il a une coloration violacée, ses parois sont infiltrées de sang, et il existe un épanchement considérable dans les deux vaginales ; les testicules flottent à la partie supérieure. Le périnée se présente sous la forme d'une tumeur volumineuse, fluctuante, constituée par une collection liquide assez nettement limitée et s'arrêtant brusquement en arrière au niveau de la ligne bi ischiatique ; la peau présente, comme celle des bourses, une teinte noire ecchymotique qui s'étend également à tout le pénis et qui

---

(1) *Revue Médicale de l'Est*, 1875. t. II, page 269.

envahit, mais avec une coloration moins foncée, la face interne et supérieure des cuisses et le pourtour de l'ouverture anale. La peau des bourses est froide, tandis que la main, appliquée sur la tumeur du périnée, éprouve une sensation de chaleur assez marquée ; on n'y constate pas de battements. L'examen des branches descendantes du pubis et ascendantes de l'ischion ne révèle pas de fracture de ces os. Le malade se plaint de douleurs atroces dans toute la région contusionnée ; il est dans une agitation extrême ; le pouls est fréquent, plein, la face colorée. Il urine devant nous, sans douleur, et l'urine ne présente rien de particulier ; le ventre est souple, non douloureux à la pression.

Le scrotum, les vaginales, reviennent sans encombre à leur état normal. La tumeur périnéale au contraire passe par des alternatives d'augmentation et de diminution, avant d'arriver à la résolution. C'est ce qui fait le sujet du reste de l'observation.

Le 16 juillet, Dieudonné part en congé de convalescence.

Observation LXV (Résumée).

Contusion du périnée. — Miction douloureuse, puis rétention d'urine. Uréthrotomie externe. — Guérison.

(Par Monsieur Jules Boeckel, de Strasbourg (1).

Schuster, Emile, âgé de 17 ans, entre au service de M. le professeur Bœckel, le 20 octobre 1875. Il est de bonne constitution, de tempérament lymphatique, n'a jamais été malade.

Il nous raconte que la veille, vers 5 heures du soir, il s'amusait à courir sur une barre de fer ronde ; le pied lui manqua tout-à-coup et il tomba à califourchon sur la barre. Immédiatement, il ressentit une forte douleur au périnée et vit du sang s'écouler par le canal de l'urèthre.

Une heure environ après l'accident, le patient essaya d'uriner, mais la miction lui causa des douleurs telles qu'il préféra ne pas satisfaire ses besoins. A ce moment, un peu de sang et d'urine sortirent par le canal ; il ne pouvait pas s'asseoir et était forcé de rester debout ou couché.

Le 20 au matin, il entra à l'hôpital ; on le mit de suite au bain et là il urina deux fois sans douleur. Le jet était mêlé de sang. *Le scrotum et le périnée présentaient deux grandes ecchymoses.* Le malade ne ressentait pas de douleurs ; il n'urina pas de toute la nuit.

Le 21, uréthrotomie externe. En arrière du bulbe se trouve la rupture. Le sang épanché est renfermé dans une poche entourant l'urèthre. Elle s'étend depuis le bulbe jusqu'au devant du ligament de Carcassonne............. Guérison et sortie le 16 mai.

---

(1) *Loc. cit.*

Observation LXVI (Résumée).

Contusion violente du périnée. — Rupture de l'urèthre. — Uréthrotomie externe sans conducteur. — Rétrécissement du canal nécessitant l'uréthrotomie interne. — Guérison.

Par Monsieur Jules Bœckel, de Strasbourg (1).

Streibel, François, âgé de 12 ans, de Monswiller, près Saverne, entre le 30 septembre 1875 au n° 19 de la salle 105. (Service de E. Bœckel, suppléé par M. J. Bœckel).

Le petit malade est un garçon robuste qui, s'amusant le 26 septembre à se promener sur le garde-fou de la rivière, fit un faux pas et tomba à cheval sur la barre.

Sa chute fut très-douloureuse. Il remarqua immédiatement un fort gonflement de tout le périnée et un *épanchement sanguin considérable des régions périnéale et scrotale.*

Dès le soir, l'enfant ne peut uriner. Ponctions répétées de la vessie avec l'aspirateur Dieulafoy.

Le 30 septembre, à son entrée à l'hôpital, on constate chez le malade un fort gonflement de toute la région contusionnée. Le périnée jusqu'au delà de l'anus, les bourses et la racine des deux cuisses sont recouverts d'une ecchymose considérable.

Uréthrotomie......... L'enfant quitte l'hôpital le 19 décembre, guéri.

Observation LXVII (Résumée).

Chute sur le périnée. — Rupture de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Incision périnéale médiane. — Cathétérisme direct le septième jour. — Guérison.

Par M. Maurice Notta, interne des hôpitaux (2).

G...., âgé de 20 ans, était en train de charger une voiture de foin, quand il glissa et tomba à califourchon sur une des ridelles, le 23 août 1884. Quand nous le voyons pour la première fois, le lendemain de l'accident, nous constatons l'existence d'une tumeur périnéale et d'une forte contusion de la région, sans solution de continuité. La peau est chaude et tendue ; le périnée est bombé, saillant ; *le scrotum est tuméfié*. Le malade n'a pas uriné depuis trente-six heures ; la miction est impossible et les douleurs sont très vives.

Incision unique et médiane sur le périnée qui découvre une cavité remplie d'un sang noir mêlé à un peu d'urine au niveau du bulbe. Lavage de la plaie à l'eau phéniquée faible, et compresses phéniquées sur le scrotum et le périnée.

.... Guérison.

---

(1) *Gazette médicale de Strasbourg* : Observations et considérations sur l'opération de la boutonnière dans la contusion du périnée, 1876, t. XXXV, page 121.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1885, page 397 : Quelques réflexions sur le traitement des contusions graves du périnée, à propos de cinq observations de ruptures traumatiques de l'urèthre, consécutives à des chutes sur la région périnéale.

Observation LXVIII (Résumée).

Chute sur le périnée. — Plaie périnéale. — Rupture de l'urèthre et des corps caverneux. — Dislocation du pubis. — Hémorrhagie abondante. — Uréthrotomie externe d'emblée. — Guérison.

Recueillie par P. Jardet, interne de M. le Dr Périer. (1)

Huberty, Charles, âgé de 35 ans, couvreur, entre, le 14 janvier 1883, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broca, n° 26. Cet homme, qui n'a jamais eu d'affection des voies urinaires, a fait, la veille, dans l'après-midi, une chute d'une hauteur de trois mètres sur le périnée. Il est tombé sur la tige métallique saillante d'une bascule, qui pénétra en avant de l'anus. Le blessé ne perdit pas cependant connaissance et se retira lui-même de sa position. Une abondante hémorrhagie, qui persistait encore au moment où il arriva à l'hôpital, se produisit aussitôt.

A son entrée, on constata l'existence d'une plaie longue d'environ 12 centimètres et s'étendant un peu à droite du raphé périnéal. Elle commence en arrière immédiatement au-devant de l'anus, et s'étend en avant sur la partie droite du scrotum. La ligature de quelques vaisseaux, et surtout le tamponnement, eurent, pour le moment, raison de l'hémorrhagie.

Le lendemain 15 janvier, à la visite, on trouva le blessé en assez mauvais état Quand on le découvre, on est tout d'abord frappé de la *couleur noire ecchymatique de tout le scrotum et de la racine des cuisses*.

Le cathétérisme étant impossible, uréthrotomie externe. Le doigt, introduit dans la plaie, fait reconnaître un *vaste décollement sous la peau du scrotum* et plus profondément une poche limitée par le pubis, l'ischion et des parties molles.

.... Guérison. Sortie le 12 mars.

Observation LIX (Résumée).

Violente contusion du périmée. — Rupture de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Infiltration urineuse. — Incision périnéale. — Sonde à demeure. — Guérison.

Par le docteur Notta, père, de Lisieux (2).

Marie Léopold, 32 ans, domestique à Ecajeul, est d'une très-robuste constitution. Le 4 novembre 1874, à neuf heures du soir, étant ivre, il se prend de querelle avec son maître, qui est dans le même état que lui. Ce dernier le terrasse et lui donne au périnée de nombreux coups de pied avec ses souliers ferrés. Marie ne perd pas connaissance, se relève et gagne son lit. Dans la nuit il est pris du besoin d'uriner, mais il ne peut le satisfaire. Cathétérisme impossible.

Dans la nuit du 5 au 6, Marie sent que l'urine s'épanche dans les bourses.

---

(1) In. Maurice Notta. — *Loc. cit.*

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1875, page 450 ; sur le traitement de la contusion du périnée compliquée de rupture de l'urèthre et de rétention d'urine.

Le 6 au matin, *la verge est tuméfiée*, son volume est double de ce qu'elle est à l'état normal. *Elle est colorée en noir, ainsi que les bourses, le périnée et le haut des cuisses. Les bourses ont le volume de deux poings* ; *légèrement tuméfiées hier, elles ont acquis ce volume pendant la nuit ; la peau en est lisse, tendue, elles donnent la sensation d'une fausse fluctuation.* Le périnée est tendu, saillant ; on n'y perçoit pas néanmoins de fluctuation. Le ventre est plat, douloureux à la pression, surtout du côté des aines. La vessie remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis....

Incisions sur la verge, le raphé du scrotum et le raphé médian du périnée. Cette dernière mène a une cavité sanguine qui entoure le bec d'une sonde à la déchirure de l'urèthre.

Le 7 novembre, la verge et le scrotum ne sont plus tuméfiés.

Incision périnéale.

..... Guérison et sortie le 30 décembre.

Observation LXX (Résumée).

Contusion du périnée. — Rupture de l'urèthre. — Rétention d'urine. Incision périnéale. — Guérison.

Par le docteur NOTTA père, de Lisieux (1).

Maillard, âgé de 47 ans, d'une excellente constitution, étant à servir les maçons dans une maison en construction, tombe d'une hauteur de 3 mètres, à califourchon sur une solive, le 29 septembre 1869, Il ne perd pas connaissance. Il éprouve de la douleur au périnée et rentre à pied chez lui.

Pendant la soirée et la nuit, il n'a pas envie d'uriner ; mais le matin ce besoin se fait sentir ; il ne peut le satisfaire et ne rend que quelques gouttes sanguinolentes. Le 2 octobre, *les bourses sont tuméfiées, noires, infiltrées de sang* ; elles présentent cependant une certaine souplesse, qui permet de constater la forme et le volume des testicules, qui sont sains. *La teinte noire ecchymotique de la peau s'étend sur tout le pénis.* Le périnée, qui a la même coloration, est bombé, dur et saillant, et la portion de l'urèthre qui lui fait suite en avant et qui est recouverte par la racine des bourses se présente sous la forme d'un cordon dur, deux fois gros comme le pouce. La portion libre de la verge est normale. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic.

Cathétérisme impossible. Incision de 4 centimètres sur le périnée, qui donne accès dans une poche remplie de caillots sanguins.

.... Guérison et sortie le 9 novembre.

---

(1) NOTTA père. — *Loc. cit.*

Observation LXXI (Résumée).

Chute sur le périnée. — Plaie périnéale. — Rupture complète de l'urèthre. — Hémorrhagies abondantes. — Uréthrotomie externe retardée. — Guérison.

Par M. Notta père, de Lisieux (1).

Follebarbe, journalier, âgé de 57 ans, était monté sur une voiture, le 18 août 1880, pour charger des gerbes de blé, quand, faisant un faux mouvement, il tomba à califourchon sur les broches d'une des ridelles de la voiture. Une de ces broches pénétra dans le périnée, en refoulant au-devant d'elle son pantalon de grosse toile sans le perforer, à la manière d'un doigt de gant. Il ne perdit pas connaissance, mais il fut pris d'une hémorrhagie abondante.

La plaie périnéale laissa écouler plus de deux litres de sang, et, depuis ce moment, le malade urine par la plaie du périnée. Pas une goutte d'urine n'est sortie par l'urèthre. Cathétérisme impossible.

Le 21 août, *les bourses présentent une teinte noire, ecchymotique, mais ne sont point tuméfiées* Périnée dur, saillant, présentant à son centre un petit trou linéaire. Celui-ci est agrandi jusqu'à avoir quatre centimètres. Le doigt pénètre dans une cavité pleine de caillots à une profondeur de 8 centimètres. Cataplasmes.

Uréthrotomie externe, le 29.

.... Guésison complète, le 31 octobre.

Observation LXXII (Résumée).

Contusion du périnée. — Rupture de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Incision périnéale. — Opération pour la restauration du canal détruit. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

Par le Dr Notta, père de Lisieux (1).

Banet (Joseph), 52 ans, ouvrier maçon, entre le 9 juin 1873 à l'hôpital de Lisieux. Cet homme, grand, maigre, robuste, est d'une excellente constitution; il n'a jamais eu aucune maladie.

Dans la journée du 9 juin, une énorme pierre, pesant environ 3.000 kilogrammes, est tombée sur lui. Il n'a pas perdu connaissance, mais les renseignements qu'il donne n'expliquent pas la nature des lésions que nous constatons Toujours est-il que quatre heures après l'accident il est apporté à l'hôpital, où, en l'absence du chirurgien de service, je suis appelé à lui donner les premiers soins.

Les bourses sont énormément tuméfiées ; elles sont grosses comme la moitié d'un chapeau, noirâtres, ecchymosées. Disons de suite qu'avant cet accident il avait une hydrocèle grosse comme les deux poings. Le périnée est tendu ; on sent une fluctuation profonde. Cathétérisme impossible et donnant du sang.

---

(1) In : Maurice Notta. — *Loc. cit.*

A la racine des bourses, incision de 5 centimètres qui donne accès dans une cavité remplie de caillots sanguins.

...Restauration du canal... Guérison et sortie le 1er janvier 1874.

Il est regrettable que Notta n'ait pas indiqué dans cette observation la marche ultérieure qu'a suivie l'hydrocèle. Y a-t-il eu rupture de la tunique vaginale ? ou bien y a-t-il eu tout simplement superposition d'une hématocèle pariétale sur une hydrocèle ? Quoiqu'il en soit, il est de toute évidence que le sang s'est infiltré sous les téguments du scrotum dont il a ainsi augmenté considérablement le volume.

Observation LXXIII (Résumée).

Chute sur le périnée. — Rupture de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Incision périnéale médiane. — Cathétérisme direct le douzième jour. — Guérison.

Par M. Maurice Notta (1).

B..., âgé de 26 ans, homme d'équipe au chemin de fer de Lisieux, était en train de charger des fûts vides dans un wagon de marchandises, vers dix heures du soir, le 25 août 1884, quand, son pied lui manquant, il tomba à califourchon sur le rebord du wagon, une jambe pendant dans le vide et l'autre repliée sous lui. On l'aida pour se relever ; mais au moment de la chute il ne ressentit qu'une sorte d'étourdissement, sans douleurs vives au niveau du périnée, et il put rentrer à pied chez lui. à 400 mètres environ de la gare. Dans le trajet, il essaya d'uriner, mais sans résultat. Une fois rentré, il se mit au lit et essaya inutilement, à plusieurs reprises, d'uriner. Il s'écoula pendant la nuit quelques gouttes de sang par le méat, mais le blessé ne put pas rendre une seule goutte d'urine. En même temps la région périnale se tuméfiait, devenait chaude et rouge, les douleurs étaient vives et la fièvre assez forte.

Le lendemain on constate une tumeur périnéale très-manifeste ; *le scrotum est très-gonflé et la région périnéale a une couleur noire* qui s'étend en arrière jusqu'à la ligne bi-ischiatique. Cataplasmes.

Le 27, incision périnéale médiane, longue de trois centimètres. Ecoulement de sang noir sans urine.

...Guérison et sortie, le 7 octobre.

Observation LXXIV (Résumée).

Contusion du périnée. — Rupture de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Ponction sus-pubienne. — Cathétérisme rétrograde, — Guérison.

Par G. Lawson (2).

Le 24 octobre 1879, un homme de 55 ans était en train de décharger une voiture

(1) Notta, père, *loc. cit.*

(2) In : *Med. Times and Gazette* 1881, I, p. 674.

de bois, quand tout à coup l'une des pièces bascula et vint le frapper violemment au périnée. *Gonflement considérable du périnée et du scrotum* ; miction impossible ; urétrorrhagie.

Après avoir fait une tentative de cathétérisme, sans résultat, nous pratiquons l'uréthrotomie externe ; mais nous tombons dans une poche pleine de sang, et il nous est impossible de trouver le bout postérieur.

...Guérison et sortie le 23 février 1880.

Observation LXXV (Résumée).

Chute sur le périnée.— Rupture sous-cutanée de l'urèthre. — Infiltration urineuse. — Ponction de la vessie. — Sonde à demeure dans le canal. — Guérison.

Par Bardy-Delisle (1)

Henri Bonjean, âgé de 4 ans, fut apporté à l'hôpital de Périgueux, le mardi 3 novembre 1876, à 3 heures du soir. La veille, l'enfant, en s'amusant à descendre à cheval sur la rampe d'un escalier, entraîné malgré lui par la rapidité de la descente sur le plan incliné, était venu se heurter violemment sur le pommeau de la rampe, et s'était fait, au périnée, une très-forte contusion.

Tout le périnée et *le scrotum étaient le siège d'une ecchymose considérable et d'une infiltration liquide. La peau présentait, dans toute l'étendue de la région, avec une couleur violacée, un aspect luisant et une tension uniforme dues à l'infiltration à la fois sanguine et séreuse.*

...Le 20 novembre, *l'escharre, qui avait envahi toute la peau du périnée et du scrotum* put être complètement détachée ; laissant à nu une large surface rouge et bourgeonnante, et la perte de substance du canal.

...L'enfant sort guéri le 1er mars 1877.

Observation LXXVI. (Résumée.)

Infiltration de sang et d'urine à la suite d'une contusion du périnée.

Par Chopart. (2)

Un charretier, âgé de 25 ans, et d'une forte constitution, se fit une violente contusion au périnée en tombant, les cuisses écartées, sur l'extrémité de l'essieu de sa voiture. La douleur vive qu'il ressentit ne l'empêcha pas, dans le premier instant, de continuer son travail ; mais bientôt il eut une rétention d'urine, et peu de temps après il parut au périnée une tumeur qui s'accrut rapidement. L'enflure gagna le scrotum et la verge ; *les bourses se tuméfièrent à un tel point que, dès le soir,*

---

(1) *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, p. 107.

(2) *Encyclopédie des sciences médicales.* — Traité des maladies des voies urinaires par Chopart et Ségalas. Paris 1841, p. 379.

elles avaient acquis la grosseur de la tête d'un adulte : elles étaient déjà de couleur noire. Ces accidents étaient produits par l'infiltration des urines, qui s'échappaient par une crevasse de l'endroit du canal correspondant au périnée

C'est dans cet état que le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu de Paris. Comme il n'avait pas uriné depuis le matin, et qu'il souffrait beaucoup, on vida d'abord la vessie au moyen d'une sonde qui passa facilement, et qui fut retirée après l'opération. Desault fit alors une incision qui, commençant au côté gauche de la partie antérieure du scrotum, venait se terminer au périnée, au-dessous de l'endroit de la crevasse du canal, et laissait à nu la tunique vaginale du testicule gauche. Les bords de la plaie causée par cette opération paraissaient couenneux, et présentaient un tissu cellulaire infiltré d'urine. *On trouva dans le fond, le long du canal de l'urèthre, une grande quantité de caillots de sang :* la plaie n'en donna pas une seule goutte ; elle fut pansée avec de la charpie brute, recouverte de compresses trempées dans l'eau végéto-minérale.

Le lendemain il n'y avait presque plus d'infiltration.

. . . Guérison complète.

Observation LXXVII

Contusion du périnée. — Rupture de l'urèthre. — Guérison sans uréthrotomie.

Par M. Sée. (1)

Un garçon de 13 ans, s'amusant à sauter par-dessus les doubles bancs d'une promenade publique, était tombé à cheval sur la barre qui sépare les deux sièges adossés et fut amené à l'hôpital Sainte-Eugénie, trente-six heures après l'accident.

Impossibilité d'uriner. Ponctions hypogastriques avec l'appareil Dieulafoy sans résultats. Une sonde en argent pénètre dans la vessie et est laissée à demeure. Des scarifications multiples sur *le périnée, le scrotum et la verge, énormément distendus par le sang et l'urine épanchés,* arrêtèrent le progrès de l'inflammation. Néanmoins une vaste suppuration envahit toutes ces parties ; les téguments décollés se mortifièrent dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, plusieurs incisions, un drain passé sous la peau du scrotum et des pansements avec une solution de chloral amenèrent une amélioration très-rapide.

Observation LXXVIII

Contusion du périnée. — Rupture de l'urèthre. — Mort.

Par M. Sée. (2)

Un autre enfant de 13 ans, fut victime du même accident, le 11 avril 1875, dans l'après-midi. Une sonde après avoir pénétré dans une poche périnéale remplie de

---

(1) In : *Bulletin de la Société de chirurgie,* 1875, page 461.

(2) *Loc. cit.*

sang peut enfin être introduite dans la vessie. Sortie spontanée de cette sonde qui ne put être replacée.

Grand bain.

Le 12 avril incision du périnée. Il ne sort pas d'urine. Le même jour au soir l'enfant meurt au milieu de vomissements continuels et complètement refroidi.

A l'autopsie on voit les deux bouts de l'urèthre distants de quatre centimètres l'un de l'autre. *A ce niveau il existe une vaste cavité pleine de caillots, autour de laquelle l'infiltration sanguine et urineuse s'étendait dans tous les sens.* Péritoine parfaitement intact. Rien pour expliquer la mort.

Observation LXXIX. (Résumée.)

Contusion du périnée, sans rupture de l'urèthre. Hématocèle du scrotum.

Par M. Cras. (1)

M. L...., en voulant descendre d'un tilbury, tombe à califourchon sur une des roues ; il éprouve une douleur violente et les premières tentatives de miction sont infructueuses. Dans la soirée il parvient à uriner ; les premières gouttes sont sanguinolentes. Il se borne à des applications résolutives. Préoccupé d'une tumeur à la région périnéale, il vint me consulter, et je constatai une *ecchymose s'étendant sur le scrotum et jusque sur la verge.* A la palpation, je notai une tumeur légèrement fluctuante au périnée. J'introduisis une bougie à boule sans rencontrer aucune déchirure du canal. Je recommandai le repos. Au bout de huit jours, cette tumeur fluctuante avait fait place à un noyau d'induration siégeant à la partie moyenne du bulbe. Toute douleur avait disparu.

Observation LXXX. (Résumée.)

Chute à califourchon. — Rupture complète de l'urèthre entre deux rétrécissements anciens. — Incision médiane suivie d'uréthrotomie interne. — Sonde à demeure. — Guérison rapide.

Par MM. Cras et Auffret. (2)

Bourv.... (Louis), maître charpentier, pesant 85 kilogrammes, tombe à califourchon sur le bord d'un panneau ouvert, le 23 juillet 1877, à dix heures du matin. Une hémorrhagie abondante survient immédiatement et s'arrête spontanément au bout de quelques secondes. Impossibilité d'uriner ; ponction aspiratrice.

Le lendemain *les bourses et la partie interne de la cuisse gauche sont fortement ecchymosées.* En palpant le bulbe à travers les parties molles un peu œdè-

---

(1) *Bulletin de la Soc. chir. de Paris*, 1876. page 831. — Contributions à l'étude des lésions traumatiques de l'urèthre. — Des plaies de l'urèthre dans la chute à califourchon.

(2) *Bulletin de la Soc. de chir. de Paris*, 1878, page 136.

matiées, on constate qu'il est très-tendu, mais à peine plus saillant qu'à l'état normal.

..... Guérison.

Mais si les chutes sur le périnée et les contusions de cette région en général donnent presque toujours naissance à une infiltration du périnée, du scrotum, des cuisses, il peut arriver aussi qu'un traumatisme violent ne se traduira par aucun signe extérieur et ne produira qu'une douleur intense au périnée avec hématurie. Tel est le cas de l'observation suivante :

Observation LXXXI (Résumée).

Chute sur le périnée — Uréthrorrhagie — Contusion périnéale. — Congestion pulmonaire due au traumatisme. — Guérison.

Par le docteur Decormière (1).

Le 12 novembre 1884, je fus appelé, vers dix heures du soir, auprès de H......, employé à la gare des marchandises de Lisieux. Cet homme me raconta qu'étant monté sur un tas de paille, le lien de la botte qu'il voulait descendre se rompit, et qu'il tomba en arrière d'une hauteur de trois mètres environ, à cheval sur le levier d'une pompe. Aussitôt après l'accident, il a pu marcher, tout en éprouvant une violente douleur au périnée, et il a remarqué que le sang coulait abondamment par la verge.

Le scrotum a son aspect normal.

Le périnée seul, dans une étendue de trois centimètres environ, est très-douloureux à la pression, et présente un léger degré d'empâtement.

.... Guérison sans opération.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Bedwell (J. R.). — Case of large lacerated wound of the perineum, scrotum, and urethra. — In : *Midland med. and surg. Reporter*, Worcester (1828-1829), t. I, p. 201.

Chopart et Ségalas. — Traité des maladies des voies urinaires, p 379. — In : *Encyclopédie des sc. méd.* Paris, 1841.

Roux. — In : *Bull. gén. de Thérap.* 1847, t. XXXII, p. 305.

Asson (M.). — Ferita al perineo con lacerazione dell' uretra. — In : *Gior-*

(1) Maurice Notta. — *Loc. cit.*

nale veneto di science mediche, Venezia (1860-1861), XV, p. 605-607.

Lescalmel (P. F. A.). — Considérations sur les lésions traumatiques du périnée. — *Thèse pour le doctorat*, Montpellier, 1869.

Mahéot (S.). — Etude sur la rupture de l'urèthre dans la contusion du périnée. — *Thèse pour le doctorat*. Paris, 1870.

Ambrosioni (P.). — Un caso interessantissimo per la vastita et la gravezza della lesione contusiva (penis, scrotum, et périnée ; gangrène ; guérison). In : *Rendic. statist. san. d. opp. civ. di Sampierdarena, 1874-78*, Genova, 1880, I, p. 301-305.

Marboux. — In : *Revue méd. de l'Est*, 1875, II, p. 269.

Pratt (Septimus). — Injury of the Scrotum. In : *The Lancet*, Londres, 1874, II, p. 305.

Notta (père). — In : *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1875, p. 450.

Sée (M.). — In : *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1875, p. 461.

Brigham (C. B.). — Remarkable injury of the perineum, scrotum, and penis ; recovery. — In : *West-Lancet*, San-Francisco, 1875-1876, IV, p. 517-519.

Cras. — In : *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1876, p. 831.

Bassini (E.). — Contusione grave al perineo et rottura dell' uretra. — In : *Clin. operat di Pavia*, 1876-1877, — et *Genova*, 1878, p. 102-104.

Bœckel (J.). — In : *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1876, XXXV, p. 121.

Bardy-Delisle. — In : *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1878, p. 107.

Cras et Auffret. — In : *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1878, p. 136.

Lawson (G.). — In : *Med. Times and Gazette*. Londres, 1881, I, p. 674.

Beatty (H. K.). — Injury of the perineum in the male. - In : *Pittsburgh medical Journal*, 1882, II, p. 169.

Salviat. — De l'uréthrotomie externe d'emblée dans la rupture traumatique de la région périnéale de l'urèthre. *Thèse de doctorat*, Paris, 1883. Indications bibliogr. à consulter.

Muller (F. A. W.). — Uber Schussverletzungen der Genitalien und des Dammes. Berlin, in-8°, 1885.

Notta (M.). — In : *Gaz. méd. de Paris*, 1885, p. 397.

Abbey (O. L.). — Wound of perineum and urethra ; retention of urine ; aspiration of bladder ; recovery. — In : *Medical surgical Reporter*. Philadelphie, 1887, LVII, p. 170.

V. Hématocèle du scrotum par rupture de varicocèle.

Si l'on donnait au mot *varicocèle* sa signification exacte, on désignerait sous ce nom la dilatation variqueuse des veines du scrotum et notre titre serait justifié ; on réserverait le nom de *cirsocèle* à la dilatation des veines du cordon. Mais l'usage a prévalu de donner le nom de varicocèle à la dilatation des veines qui accompagnent le cordon spermatique. C'est, en effet, là le phénomène de beaucoup le plus fréquent ; cependant les varices du scrotum, si elles n'existent pas séparément, accompagnent souven le varicocèle, comme dans le cas de Henry (1).

Dans quels cas les veines du cordon peuvent-elles se rompre ? Nous ne voyons qu'un seul mécanisme : un corps dur vient comprimer les veines contre les branches du pubis ; ces veines se rompent et l'hémorrhagie se produit, remplissant tout le sac fibreux du cordon. De là le sang filera sous la peau du scrotum pour constituer l'hématocèle pariétale qui se traduira alors par l'ecchymose.

Observation LXXXII

Hématocèle consécutive à un coup porté sur un varicocèle. — Traitement antiphlogistique et résolutif. — Ouverture du foyer sanguin. — Guérison.

Par E.-F. Bouisson (2).

La présence d'un varicocèle expose le malade à la rupture des veines, et le rend ainsi plus sujet à la production de l'hématocèle. Un cas remarquable de ce genre s'est passé dans notre service à l'hôpital Saint-Eloi, en 1852.

Bellot (René-François), soldat au 3e régiment du génie, a été admis à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, le 1er juillet 1852. Cet homme, d'une constitution vigoureuse, était affecté depuis deux ans d'un engorgement du testicule gauche et d'un varicocèle du côté correspondant.

Cette double lésion avait succédé à une chute sur le dos, pendant que le malade portait un châssis sur l'épaule ; le châssis, ayant basculé, était venu frapper en avan le testicule gauche. Il en était résulté une orchite, suivie plus tard d'un varicocèle, que le malade négligeait, bien qu'il fût volumineux et douloureux, toutes les fois qu'il se livrait à un exercice fatigant.

---

(1) Henry (M. H.) — Un cas de varicocèle avec légère dilatation des veines spermatiques, avec varices scrotales et surabondance de tissu scrotal ; ablation de ce tissu avec veines dilatées, suivie d'entière guérison. — In *New-York med. Journal* 1885, XLI, p. 12.

(2) Bouisson. — *Tribut à la chirurgie*, t. II, p. 434. — Montpellier, 1861.

Dans la soirée du jour qui précéda son entrée à l'hôpital, un de ses camarades lui ayant jeté avec force sur les testicules un morceau de pain assez volumineux et revêtu d'une croute très-dure, il en résulta une *douleur aiguë, suivie presque immédiatement d'une tuméfaction considérable et d'une coloration violacée*, s'étendant jusqu'à l'aine dans le trajet du varicocèle. Il existait une fluctuation obscure, avec sensation de collision des caillots sanguins. — Autour du foyer principal, une ecchymose s'étalait dans presque toute l'étendue du scrotum, surtout à gauche ; le testicule était douloureux et dur. L'ensemble de la tumeur présentait le volume d'une orange. — Etat général bon. Pas de fièvre.

La présence du varicocèle, le genre du coup reçu, le siège de la fluctuation, firent diagnostiquer une hématocèle extra-vaginale provenant d'une rupture de l'une des veines variqueuses, et ayant déterminé à la fois un foyer sanguin central et une infiltration périphérique.

Je prescrivis une saignée de 200 grammes, des compresses imbibées d'eau végéto-minérale froide, la position horizontale, un régime sévère. Il en résulta une diminution dans la tuméfaction. Les jours suivants, l'ecchymose s'était disséminee, le cordon était encore très-sensible. — Application de douze sangsues sur le cordon à gauche; continuation des compresses résolutives; purgation avec 43 grammes d'huile de ricin.

Amélioration notable vers le dixième jour. Le sang infiltré s'était en partie résorbé. Le foyer, où l'on distinguait dès le principe une fluctuation obscure, n'avait pas diminué et semblait avoir acquis de la consistance ; il n'existait qu'une médiocre sensibilité à la pression. On appliqua des compresses imbibées d'alcool camphré, et plus tard de solution de chlorydrate d'ammoniaque. La tumeur parut se ramollir, et la palpation me fit présumer qu'elle était formée par des caillots sanguins non résorbés, autour desquels il y avait imminence de formation d'un abcès. Cette considération me décida à pratiquer une ponction avec un bistouri à la partie antérieure et supérieure de la tumeur. Il s'écoula par l'ouverture, et à l'aide d'une assez forte pression, environ 100 grammes de caillots sanguins, ayant l'aspect et la consistance de la gelée de groseille. — Cataplasme résolutif. Amélioration immédiate ; apparence de prochaine guérison.

Le malade s'étant levé et livré à un exercice prématuré, la tumeur se reforma, moins volumineuse que la première fois, mais avec des symptômes inflammatoires plus prononcés. Je pratiquai une seconde ponction, que je transformai en incision, et qui donna issue à du pus et du sang.

Le guérison se prononça de plus en plus à partir de ce moment ; elle était complète un mois après l'accident. Bellot séjourna quelque temps de plus à l'hôpital, pour se faire traiter de l'engorgement chronique qui existait au testicule gauche, et obtint une rapide amélioration, sous l'influence locale des préparations iodurées employées en frictions.

Observation LXXXIII

Coup violent sur les bourses d'un porteur de varicocèle. — Epanchement de sang en dehors de la tunique vaginale. — Incision de la tumeur trois semaines après l'accident. — Guérison.

Par A. Bérard (1).

Le 13 décembre 1839, fut couché dans la salle Saint-Pierre, n° 21, à l'hôpital Necker, le nommé Moreau (Hippolyte), âgé de vingt-cinq ans, menuisier, d'une bonne constitution. Cet homme a été exempté du service militaire pour un varicocèle dont il était affecté depuis très-longtemps. S'étant pris de querelle, il y a environ vingt jours, avec un de ses camarades, il reçut de ce dernier un violent coup de pied sur les bourses. La douleur qu'il éprouva fut si violente qu'il perdit connaissance. Transporté chez lui, il reprit ses sens et vit que ses bourses avaient considérablement augmenté de volume. Le médecin qui fut appelé prescrivit le repos, vingt-cinq sangsues et des compresses imbibées d'acétate de plomb sur sa tumeur. Les jours suivants, deux nouvelles applications de sangsues furent ordonnées. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur qui, au dire du malade, avait acquis au début le volume de la tête d'un enfant, diminua sensiblement, mais elle resta ensuite stationnaire, et Moreau se décida à entrer à l'hôpital.

A la première visite (14 décembre), voici quel était l'état des parties : les bourses offrent le volume des deux poings réunis ; la tumeur est oblongue, de haut en bas. On sent distinctement, en la palpant, qu'elle est due à l'accumulation d'un liquide comme granuleux, épanché dans le tissu cellulaire du scrotum. La peau est d'un rouge violet, surtout le côté droit. Il n'existe d'ailleurs aucun symptôme de réaction ; le malade n'a point de fièvre et demande à manger. (Compresses imbibées d'eau blanche et d'eau de sureau renouvelées plusieurs fois dans la journée ; demi-portion.)

Cette prescription fut continuée pendant trois jours La tumeur diminua de volume d'une manière notable ; elle semblait alors divisée en deux collections distinctes séparées par un corps dur. Les douleurs que ressentait le malade lorsqu'on pressait ce corps indiquaient assez que c'était le testicule. Il n'existait aucune transparence. C'était là évidemment un épanchement de sang ; mais ce liquide était-il rassemblé dans l'intérieur de la tunique vaginale ou en dehors de cette cavité ? Bérard émit cette dernière opinion, ajoutant que le sang devait avoir subi un certain degré de transformation, et qu'une incision donnerait issue à une matière noirâtre plus ou moins épaisse. Nous allons voir que son diagnostic se réalisa de tous points.

Le 20 décembre, l'état des parties était tel qu'on ne pouvait espérer de voir la tumeur se résoudre. Une incision pouvait seule en débarrasser le malade ; elle fut pratiquée de la manière suivante : Le malade est placé sur le bord de son lit ; les jambes et les cuisses sont maintenues fléchies et écartées par un des aides. Les bourses sont relevées en haut ; l'élève interne tient le testicule entre ses doigts.

(1) *Gazette des médecins praticiens*, 1840, n° 18.

Une incision longitudinale est alors pratiquée, qui est faite avec précaution, couche par couche, à l'aide d'un bistouri convexe. Parvenu ainsi jusqu'à la poche qui contient le liquide, Bérard prend alors un bistouri boutonné et fend le kyste de haut en bas. Il s'écoule aussitôt une assez grande quantité de sang noirâtre, en partie coagulé et assez semblable à de la gelée de groseille ou à du raisiné. On enlève avec les doigts tous les caillots de sang qui sont fixés aux parois du kyste, et on asperge convenablement la plaie. On put constater dès lors que l'épanchement avait son siège en dehors de la tunique vaginale. On introduit ensuite au fond de la plaie un linge troué enduit de cérat, et on remplit la caverne de boulettes de charpie sèche. Des compresses et un bandage en T maintiennent le pansement. Le malade a beaucoup souffert pendant l'opération. (Diète absolue, potion gommeuse avec 30 grammes de sirop diacode.)

Le 21. — Les douleurs, suites de l'opération, se sont promptement calmées ; le malade a été tranquille pendant toute la journée ; il a dormi une grande partie de la nuit. Cependant il se plaint actuellement de douleurs dans la tête ; il y a un peu de fréquence dans le pouls. (Infusion de tilleul, potion calmante, deux bouillons.)

Le 22. — Hier il y a eu de la fièvre ; le pouls est encore fréquent et la langue est sèche ; la plaie n'est pas douloureuse, mais le malade se plaint d'assez vives douleurs dans la fosse iliaque du côté droit ; il n'y a pas eu de selles depuis l'opération. (Une bouteille d'eau de Sedlitz ; un lavement ; diète).

Le 23. — Le malade a vomi hier à trois reprises différentes ; il n'y a pas eu d'évacuation par le bas ; le lavement n'a pas même été rendu. Les douleurs de tête ont beaucoup diminué. La plaie est pansée pour la première fois ; elle offre un bon aspect ; la suppuration est peu abondante ; le premier pansement est très-peu douloureux. (Huile de ricin, sirop de nerprun, de chaque 15 grammes ; lavement avec 30 grammes de sulfate de soude ; diète.)

Le 24. — Tous les accidents énumérés plus haut ont disparu ; selles abondantes ; point de douleur dans la plaie. La suppuration est assez abondante et de bonne nature. (Pansement ordinaire ; lavement émollient ; deux pots de tisane, deux bouillons, un potage.)

Le 26. — L'état du malade est très-satisfaisant. La plaie offre un bon aspect ; il y a eu une selle copieuse. (Deux bouillons, deux potages.)

Le 28. — Même état ; les bords de la plaie commencent à s'affaisser ; la suppuration est toujours abondante. Le malade demande des aliments. (Pansement ordinaire, infusion de mauve ; le quart.)

Le 31. — Les bourses tendent à revenir sur elles-mêmes et à reprendre leur volume normal. Bérard constate un *léger épanchement dans la tunique vaginale.* La suppuration a beaucoup diminué ; le fond de la plaie est cautérisé avec le crayon de nitrate d'argent. (Les trois quarts d'aliments.)

Le 2 Janvier. — La plaie est en grande partie cicatrisée ; sa suppuration est presque entièrement tarie. Nouvelle cautérisation.

Le 4. — Les bourses ont repris leur état normal ; il ne reste plus qu'une petite plaie qui n'exigera pendant quelques jours encore qu'un pansement très-simple. Le malade est dans un état tout à fait satisfaisant ; il demande à sortir de l'hôpital.

Observation LXXXIV

Hématocèle des bourses par rupture d'un varicocèle.

Par M. Edouard SCHWARTZ (1), Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Un homme, porteur d'un gros varicocèle à gauche, était atteint de bronchite aiguë. Pendant un effort de toux, il perçoit comme un craquement accompagné d'une vive douleur du côté de l'aine. Aussitôt après se manifesta une tuméfaction énorme de la région inguinale, du scrotum et de la région iliaque du même côté : les deux mains appliquées à ce niveau constatèrent une fluctuation profonde, témoignage irréfutable d'une collection liquide. Celle-ci ne pouvait être que du sang, comme nous le montra, quelques jours après, l'apparition d'une énorme ecchymose qui envahit successivement toute la paroi inférieure de l'abdomen, l'aine et les bourses. Il s'agissait ici d'un vaste hématome diffus avec un foyer collecté dans le canal inguinal très-probablement. La résolution eut lieu sans encombre.

VI. Hématomes du scrotum à la suite d'opérations chirurgicales sur la région inguino-scrotale ou sur le périnée.

L'hématocèle du scrotum s'observe assez souvent après des opérations pratiquées dans la région inguino-scrotale. Presque toujours l'accident provient de ce que l'incision cutanée n'est pas prolongée assez bas sur le scrotum. C'est ce qu'exprimait très-bien J.-L. Petit (1) dans le passage suivant :

« J'ai dit que les incisions qu'on fait pour ouvrir le scrotum doivent être de toute sa longueur et même par-delà ; je veux dire qu'il ne suffit pas d'ouvrir toute sa partie antérieure, qu'il faut continuer l'incision postérieurement au moins un pouce par delà, et même davantage quand la tumeur est grosse ; l'expérience m'a appris que, si on néglige de couper ainsi le scrotum, on se trouve obligé de le faire dans la suite, cequi est honteux au chirurgien, et très-préjudiciable au malade, parce que, le fond des bourses n'étant pas ouvert, forme un sac dans lequel le pus séjourne et cause une douleur vive et d'autres accidents, comme sont le gonflement de tout le scrotum, la gangrène même, laquelle détruit toutes les enveloppes ; et on a vu souvent les testicules dépouillés après la séparation des escharres.

« Le scrotum, étant vidé par l'opération qu'on vient de faire,se retire vers

---

(1) In : *Encyclopédie internationale de chirurgie.* Paris 1888, t. VII, p. 511.
(2) J.-L. PETIT. — *Œuvres chirurgicales*, 1837, p. 740.

le haut par la contraction des fibres charnues ; et, comme ces fibres ont leurs plus fortes attaches en devant, elles tirent le scrotum de ce côté-là ; de manière que l'angle inférieur de l'incision se trouve plus haut que le fond du scrotum, ce qui fait le sac dont il s'agit ; au lieu que, quand on prolonge l'incision jusqu'à la partie postérieure, l'angle inférieur reste toujours dans le bas du scrotum et facilite l'écoulement des matières.

« On observera cependant que le conseil que je donne n'a lieu que lorsqu'on ouvre des tumeurs dans lesquelles le scrotum n'est point attaqué ; car, s'il est gonflé, soit par inflammation, soit par infiltration, alors les fibres charnues n'ont pas le pouvoir de retirer le scrotum et la peau même est trop résistante pour plisser et obéir à la contraction de ces muscles ; alors l'incision ne change qu'à mesure que l'inflammation diminue, ce qui se fait lentement, et pour lors le sac purulent n'a pas lieu. »

J. Cloquet (1) recommande de lier avec une scrupuleuse exactitude les petites artères, dès qu'elles sont ouvertes et donnent du sang. En pratiquant la castration, suivant le procédé d'Aumont, c'est-à-dire en incisant le scrotum par sa partie inférieure, après avoir relevé les testicules sur le ventre, on évite l'infiltration sanguine du dartos.

Observation LXXXV

Castration faite par un jeune homme qui s'était froissé le testicule ; accidents et suites de cette opération.

Par Longis, Chirurgien-Major de l'Hôpital de Bouillon. (2)

Le 8 octobre 1766, un jeune homme âgé de 21 ans, d'un tempérament athlétique, étant dans la malheureuse habitude de se polluer, se froissa le testicule. Il y survint une tumeur qui lui parut très-gênante, car pour s'en débarrasser, sans prendre conseil de personne, il prit le parti de se faire lui-même l'opération. Pour cet effet il se servit d'un rasoir, il coupa d'abord longitudinalement le scrotum sur l'endroit de la tumeur, il enleva ensuite le testicule et il eut le courage de recoudre les membranes qu'il avait coupées.

Trois heures après avoir fait cette téméraire opération, croyant n'avoir plus que quelques moments à vivre, il confessa sa faute à un voisin qui, sur-le-champ, m'envoya chercher. *Je trouvai une tumeur dure et tendue, grosse comme la forme d'un chapeau ; la couleur était livide et d'un brun noir.* Je compris que c'était le sang épanché de l'artère spermatique qu'il avait coupée dans l'opération et, pour y emédier, j'ouvris sur-le-champ la tumeur. Elle était remplie de gros caillots de

---

(1) Cloquet (J.). — *Dictionn. de médecine.* Paris, 1824, t. X. Art. : Hématocèle.
(2) *Recueil d'observations de médecine des Hôpitaux militaires,* par Richard de Hautesierck, t. II. Paris, 1772, page 556.

sang que j'enlevai, mais l'artère en fournissait toujours de nouveau, et avec assez d'abondance, pour m'empêcher d'en faire la ligature ou d'y appliquer de l'agaric. C'est pourquoi je me contentai de tamponner la plaie pour y produire une forte compression ; elle n'empêcha pas le sang de sortir, mais, comme il se figeait presque sur-le-champ, j'espérai que les caillots seconderaient mes vues, et pour mieux les remplir encore, je fis saigner le malade malgré l'état de faiblesse et d'épuisement où il était réduit et je le tins à l'eau de poulet pour tout remède et pour tout aliment. Ce régime austère, joint à la compression, fit cesser l'hémorrhagie ; le fond et les bords de la plaie devinrent durs et calleux ; et quoique les caillots de sang en aient ensuite été enlevés, il s'en exhalait une odeur très-fétide. Je la fis laver avec de l'eau-de-vie tiède et ensuite panser avec un digestif animé, mais il ne s'y fit point de suppuration et il ne découlait de la plaie qu'une sanie noire et puante.

Le douzième jour j'employai dans les pansements le quinquina et l'alun calciné ; ce qui détruisit les callosités, et concourut à produire une bonne suppuration. Je rafraîchis alors, avec la lancette, les bords de la plaie ; je passai légèrement la pierre infernale, et je continuai les mêmes pansements. Cette méthode fut suivie du plus grand succès, et nul accident ne vint contrarier la guérison, qui fut enfin parfaite au bout d'un mois de traitement. Ce jeune homme vit encore, et jouit de la meilleure santé ; il est même marié, et il a des enfants.

Observation LXXXVI

Hernie inguinale, divisée en deux tumeurs. — Opération laborieuse. Accidents graves. — Infiltration sanguine du scrotum. — Guérison.

Par Pelletan (1).

Un porteur d'eau, âgé de cinquante ans, fut amené en mai 1805 à l'Hôtel-Dieu pour une hernie inguinale étranglée. L'opération fit reconnaître l'existence d'un double sac herniaire, l'un qui était descendu au fond du scrotum et dont l'autre allait jusqu'à l'anneau inguinal séparé du premier par un étranglement.

Le dixième jour après l'opération, il se forma une grande tuméfaction du scrotum et un abcès gangréneux que j'attribuai à l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire. L'abcès fut ouvert et le foyer se détergea spontanément.

Le malade fut guéri, et quitta l'hôpital au quarantième jour de l'opération.

Observation LXXXVII

Rétention, amas et infiltration du sang dans le tissu cellulaire du scrotum après une opération d'hydrocèle par excision de la tunique vaginale. — Accidents. — Gangrène du scrotum. — Mort du malade.

Par Ph. J. Pelletan (2).

Jean-François Lachapelle, âgé de cinquante-six ans, sculpteur, entra à l'Hôtel-Dieu

---

(1) Pelletan. *Clinique chirurgicale,* t. II, p. 73. Article : *Hernies abdominales.*

(2) Pelletan. *Clinique chirurgicale,* t. II, p. 175. Article : *Epanchements de sang.*

le 26 décembre 1808, ayant une tumeur dans le côté droit du scrotum. La tumeur existait depuis plus de deux ans ; elle était aplatie d'un côté à l'autre, fort dure, et pesante ; le cordon spermatique dans un état douteux d'engorgement, et le malade se plaignait de douleurs qui se propageaient dans le ventre. Je fus persuadé que la maladie était un sarcocèle ; mais cette opinion ayant trouvé des contradicteurs, j'annonçai que j'opérerais avec l'intention de traiter une hydrocèle par l'incision de la tunique vaginale si je rencontrais une hydrocèle, et que je pratiquerais l'amputation du testicule si je trouvais un sarcocèle.

L'opération fut pratiquée le 6 janvier suivant : l'incision du scrotum faite dans toute la longueur de la tumeur, je l'isolais en entier ; puis, l'ayant ouverte, il s'en écoula une grande quantité d'eau : La tunique vaginale était épaisse, fort dure, érysipélateuse intérieurement, ainsi que la tunique albuginée, et même couverte de caillots de sang qui avait suinté de l'érosion des membranes : la tunique vaginale fut excisée de côté et d'autre dans une assez grande largeur, comme cela se pratique dans la cure radicale de l'hydrocèle par excision de la tunique vaginale.

Malgré le pansement méthodique, il se fit une effusion de sang dans le scrotum, sans hémorrhagie apparente. Le malade se plaignant beaucoup, l'appareil fut levé le surlendemain de l'opération. Le sang en caillots avait pénétré, et était adhérent dans tout le tissu cellulaire du scrotum ; il me fut impossible de l'en extraire complètement. Dès le lendemain, la pourriture s'en était emparée. Le cinquième jour, une inflammation érysipélateuse occupa tout le scrotum, et fut accompagnée de taches gangréneuses qui devinrent générales le neuvième jour de l'opération, et le malade succomba. Tous ces symptômes extérieurs furent accompagnés de fièvre ardente, puis de symptômes gastriques, et enfin d'un état de faiblesse qui présageait le funeste événement, malgré les secours internes les plus convenables de la médecine.

On ne peut s'empêcher d'attribuer l'événement de cette maladie à l'infiltration et à la pourriture de sang dans le tissu cellulaire. Je dois ajouter cependant que ce malade avait toujours été frappé d'une inquiétude profonde dont on ne m'avait pas instruit, et qui avait souvent déterminé des accès fébriles qui m'avaient fait retarder l'opération, sans que je susse la cause de cette fièvre. Il n'est pas douteux que la mélancolie et les inquiétudes du malade ne l'aient fortement prédisposé aux accidents qu'il a éprouvés ; et certainement c'eût été un motif suffisant pour me détourner de lui pratiquer aucune opération, si j'avais été instruit de son fâcheux état moral.

Observation LXXXVIII

Hématocèle du scrotum (par infiltration) après une castration.

Par Richerand (1).

J'avais pratiqué la castration pour un cas d'hydro-sarcocèle avec endurcissement squirrheux de la tunique vaginale ; le malade ne perdit presque point de sang pendan

(1) *Nosographie et thérapeuthique chirurgicales.* Paris, 1821, t. IV, p. 2.

l'opération. Après l'avoir terminée par la ligature des artères spermatiques, je m'aperçus qu'un peu de sang artériel sourdait derrière le cordon ; j'épongeai avec beaucoup de soin, afin de reconnaître le vaisseau d'où provenait le liquide, mais je ne pus y parvenir. J'allais passer une ligature avec l'aiguille courbe et comprendre avec le vaisseau le tissu graisseux environnant, lorsque, rassuré par la cessation du saignement, je me contentait d'exercer une légère compression au fond de la plaie, au moyen de quelques boulettes de charpie. L'appareil ordinaire fut appliqué et le malade remis au lit.

Quelques heures après l'opération, le sang avait pénétré les linges et le bandage ; le pouls du malade ne faiblit point, l'hémorrhagie n'alla pas plus loin ; on jugea inutile de lever l'appareil. Il fut levé le lendemain et renouvelé le troisième jour. Je vis alors que le sang avait coulé assez abondamment ; *les bourses en étaient pleines, et la tuméfaction s'étendait jusqu'au périnée.* Il était évident que l'extrême laxité du tissu cellulaire des dartos avait favorisé l'infiltration du liquide, et que le défaut de point d'appui avait rendu la compression inefficace. La plaie fut pansée à plat ; le lendemain et les jours suivants, les bourses se dégorgèrent d'un sang épais et noir, et la guérison du malade ne fut pas retardée.

Observation LXXXIX

Hématome (par infiltration), après arrachement volontaire du testicule.

Observation communiquée à la Société médicale de Montpellier, par Sernin, père. (1)

Un jeune homme de dix-huit ans, engagé depuis quinze mois dans l'état ecclésiastique, craignant de succomber aux tentations des plaisirs charnels, conçut le projet de se faire, comme Origène, littéralement eunuque. Privé d'autres instruments, il se servit pour exécuter son projet, d'une branche de vieux ciseaux démontés. Il fait une boutonnière au côté droit du scrotum, empoigne ses bourses de la main gauche, pour faire sortir le testicule. L'ouverture étant trop petite, il est obligé de faire de violents efforts, d'exercer une compression prolongée et de tirer sur le testicule avec ses ongles pour l'extraire. Mais l'insensé, qui ne connaissait point l'anatomie, n'avait pas compté sur la présence et la résistance du cordon spermatique.

Retenant d'une main le scrotum, il saisit de l'autre le testicule, le tire avec force à cinq ou six reprises, et parvient enfin à l'arracher. Au moment où il se disposait à faire de même pour l'autre côté, il tomba en syncope, par suite de l'hémorrhagie. Un de ses parents, qui survint par hasard, le porta dans son lit et fit appeler Arnaud, maître en chirurgie dans le diocèse de Narbonne, lequel, dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, tamponna simplement la plaie.

En quelques minutes un épanchement de sang considérable remplit le tissu cellulaire du scrotum et de la verge. Lorsque Sernin vit le malade, *les parties,*

---

(1) *Journal général de médecine*, t. XVII p. 404. — *Journal de médecine de Bruxelles*, 1847. Article : *plaies du scrotum*, par le docteur Dieudonné.

énormément tuméfiées, étaient violettes, froides; le malade était dans un état misérable. On fendit les bourses, qui contenaient *quatre livres de sang en caillots*; le cordon, non rétracté dans l'abdomen, fut lié, ainsi que les parties *voisines* comprises dans l'anse du fil. Un traitement antiphlogistique fut employé, la plaie pansée comme une plaie simple ; la ligature tomba le quatorzième jour ; le vingt-cinquième jour après l'accident, le malade était guéri.

Observation XC

Hématome considérable du scrotum à la suite de l'opération du varicocèle par le procédé Le Dentu.

Par M. Vautrin, professeur agrégé à la Faculté de Nancy (1).

B..., 20 ans, se présenta à la consultation de l'hôpital pour un varicocèle volumineux et légèrement douloureux. Cette infirmité que le malade portait depuis plus d'une année et qui avait considérablement augmenté ces derniers temps avait été cause d'un refus réitéré à la révision. Etat général satisfaisant ; pas de hernie, pas d'atrophie testiculaire. Le varicocèle intéresse les faisceaux antérieur et postérieur, le scrotum descend à gauche à plusieurs centimètres plus bas que du côté droit. On propose une opération qui est acceptée.

Celle-ci est pratiquée par M. Vautrin, point par point, d'après la méthode de Le Dentu, c'est-à-dire : 1° excision scrotale à temps successifs ; — 2° ligature double et résection d'environ cinq centimètres du faisceau veineux. Sutures, pansement compressif et à l'iodoforme.

Le deuxième jour, le malade se plaint de tension considérable dans le scrotum. La température s'élève. On enlève le pansement, et on constate une tuméfaction considérable des bourses des deux côtés, due à une infiltration sanguine qui a envahi également le fourreau de la verge ; celle-ci a presque complètement disparu dans la tumeur. On fait sauter trois points de suture et par expression on fait sortir une grande quantité de caillots d'une poche située du côté opéré ; l'autre bourse a du sang infiltré, mais non collecté.

Les jours suivants, l'état local s'améliore un peu, mais c'est néanmoins avec une grande difficulté qu'on peut déterminer un affaissement de la partie inférieure des bourses distendues ; il faut tous les jours enlever une certaine quantité de caillots. Pas de fièvre, pas de difficulté dans la miction. Quelques douleurs le long du cordon, jusque dans la région rénale.

Vers le huitième jour, l'infiltration avait considérablement diminué, mais la suppuration avait apparu dans la plaie. Cette suppuration se borna à la poche sanguine, mais ce n'est qu'au bout de quinze à vingt jours que les bourses reprirent leur volume normal. Il subsiste encore un peu de tuméfaction du cordon gauche dont le tissu cellulaire avait aussi participé à l'infiltration sanguine.

---

(1) In : Fistié (C.). — De la cure radicale du varicocèle. *Thèse de doctorat*, Nancy, 1888.

Le vingt-cinquième jour, ce malade pouvait se lever et sortir de l'hôpital, porteur d'une petite fistule qu'il devait traiter dans la suite par des pansements réguliers.

Au lieu de se traiter, le malade crut pouvoir se présenter à une nouvelle révision ; il fut d'ailleurs accepté et dirigé vers un régiment d'infanterie, mais il a écrit récemment à M. Vautrin que la fistulette avait persisté pendant un certain temps, sans causer, du reste, le moindre obstacle au service militaire. Il reste cependant encore des douleurs intermittentes le long du cordon, là où l'infiltration sanguine, autour de ce dernier, avait été assez forte. Cet engagement tend d'ailleurs à disparaître (1). Le malade se passe fort bien de suspensoir.

M. le professeur agrégé Vautrin, à qui est due l'observation que nous venons de rapporter, nous a communiqué aussi ce fait que, dans presque toutes les opérations pratiquées sur la région inguino-scrotale soit pour des varicocèles, soit pour des hernies, il avait remarqué de l'induration du cordon. Cet engorgement durait plus ou moins longtemps, mais était pour ainsi dire constant ; il est dû, selon lui, à la difficulté de retour du sang après ces opérations, et pas toujours à une véritable infiltration sanguine.

De plus, il est facile de concevoir l'hématome du scrotum, d'ailleurs assez fréquent après la cure radicale du varicocèle par le procédé de Le Dentu : on excise la peau et on réunit les lèvres cutanées, sans faire d'hémostase ; le sang peut donc provenir d'une artériole cutanée et donner un épanchement considérable. Le cordon, au contraire, ne donnera jamais de sang, puisqu'on excise les veines entre deux ligatures ; mais le sang du scrotum pourra remonter de proche en proche, le long du cordon, et donner naissance à une hématocèle funiculaire diffuse.

A la suite de la taille périnéale, lorsque le bulbe de l'urèthre est intéressé, ou que l'artère qui s'y rend a été divisée, le sang s'infiltre au-dessus de l'aponévrose périnéale superficielle, il gagne de proche en proche le tissu des bourses, où se forme parfois une ecchymose assez vaste pour que cette extravasation ait été considérée comme un des accidents de la taille périnéale. Ce sont ces accidents : ecchymose, abcès, gangrène, qui ont été parfaitement décrits par Deschamps et Bégin (2). Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici le chapitre où ils traitent la question :

« J'ai déjà dit plusieurs fois que l'on attribuait l'ecchymose qui arrivait au scrotum à la suite de l'opération de la taille, à la forte pression de la main de celui qui était chargé de soulever les bourses, pendant l'opération, tandis que cet accident est pour l'ordinaire la suite de l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire, provenant d'une incision mal dirigée dans cette partie.

---

(1) Aujourd'hui l'engorgement a disparu complètement.

(2) Deschamps et Bégin. — *Traité historique et dogmatique de la taille.* Paris, 1826, t. III.

« Cet accident arrivait fréquemment dans l'uréthraneurismo-tomie, ou taille de Marianus (incision de l'urèthre seul avec dilatation de l'urèthre et du col de la vessie), parce que l'incision se faisait très-près du scrotum; l'attention que l'on prenait à soulever en haut le scrotum tirait la peau de cette partie, qui, après l'incision, reprenant sa position naturelle, se trouvait couvrir l'angle supérieur de l'incision faite à l'urèthre, et, alors, le sang passait dans le tissu cellulaire et, de cellule en cellule, il pénétrait dans presque toute l'étendue du scrotum sous la peau, et donnait cette couleur noirâtre qui caractérise l'ecchymose. Quelquefois le sang s'y infiltrait en grande quantité, se dénaturait et produisait la gangrène ; d'un autre côté les bourdonnets, avec lesquels on bouchait alors la plaie, arrêtaient le sang qui s'infiltrait dans le tissu cellulaire.

« Presque tous les auteurs, en parlant de l'urethraneurismo-tomie, ne manquent pas de citer cet accident, comme un des plus fréquents ; il a été observé assez fréquemment dans les premières tailles du frère Côme, qui faisait son incision trop haute : par la suite il s'est corrigé, mais pas entièrement. Quelques lithotomistes pratiquent encore cette première incision, surtout celle de l'urèthre, trop près du scrotum, dans le dessein de rencontrer plus aisément la cannelure du cathéter. D'autres, quoiqu'ils fassent cette incision bien plus basse, élèvent la peau en haut ou la tirent de côté, et par là ils s'exposent aux mêmes accidents. En suivant le procédé que j'ai décrit (1), on ne tombera point dans cet inconvénient. Quelquefois, à la suite de mes tailles et de celles dont j'ai été témoin, j'ai remarqué de légères ecchymoses au scrotum, mais jamais elles n'ont été suivies d'abcès ou de gangrène.

« Le spasme dont le col de la vessie peut être affecté, les caillots de sang arrêtés au passage, peuvent le boucher et, par là, déterminer une partie du sang à s'infiltrer dans le tissu cellulaire ; mais alors cette infiltration est plus sensible au périnée dans toute la circonférence de la plaie ; rarement je l'ai observée dans une grande partie du scrotum ; elle est assez commune chez les personnes grasses, dont le tissu graisseux est plus abondant.

« Si l'ecchymose du scrotum a lieu et que cette partie soit dans un état de mollesse, il n'y a rien à craindre ; quelques compresses, trempées dans une liqueur spiritueuse et appliquées sur le scrotum, suffisent pour dissiper cet accident. La tuméfaction du scrotum ecchymosé méritera une plus sérieuse attention : on emploiera les résolutifs puissants, et on observera

---

(1) Deschamps et Bégin font la kystéo-trachelo-tomie, c'est-à-dire l'incision du col de la vessie ou opération de Celse, de frère Jacques, de Cheselden. Ils recommandent de commencer l'incision latérale assez haut sous l'angle du pubis, t. III, p. 90.

avec attention les symptômes qui surviendront ; car il arrive quelquefois que le tissu cellulaire est consécutivement attaqué de gangrène ; lorsqu'on s'en apercevra, on se hâtera d'inciser, en plusieurs endroits, la peau et le tissu cellulaire, pour donner issue aux matières putrides qui séjournent dans ces parties ; on mettra en usage les désensifs et les antiseptiques. »

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Longis. — In : *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*, par Richard de Hautesierck. Paris, 1872, t. II, p. 556.

Petit (J.-L.). — Œuvres chirurgicales, édition 1837. Paris, p. 740.

Deetz (F.) — Krankheits-und Heilungs geschichte einer Selbstcastration, *Mag. für die ges. Heilk.* Berlin, 1819, V, p. 315-318.

Deschamps et Bégin. — Traité historique et dogmatique de la taille. Paris, 1825, t. III.

Baseilhac. — Traité sur la lithotomie. Paris, 1804, 1 vol. in-8° avec planches.

Pelletan. — In : Clinique chirurgicale, t. II, p. 175. Art. : Epanchements de sang ; et p. 73. Art. : Hernies abdominales.

Richerand. — *Nosographie et thérapeutique chirurgicales.* Paris, 1821, t. IV, p. 2.

Cloquet (J.). — In : *Diction. de médecine.* Paris, 1824, t. X. — Art. : Hématocèle.

Dupuytren. — Castration opérée à deux reprises, par jalousie et avec violence, sur un jeune homme ; accident grave ; hémorrhagie. In : *Gaz. des Hôp.* Paris, 1832, t. IV, 421.

Dieudonné. — Article : Plaie du scrotum. In : *Journal de médecine de Bruxelles*, 1847.

Thémoin. — Quelques considérations sur les plaies de la région scrotale. *Thèse de doctorat.* Paris, 1856.

Johnston (D.). — Castratio sui ; hemorrhage ; recovery. In : *Edinb. Med. Journal*, 1859, V, 131.

Mac Leod. — Antiseptic extirpation of scrotal tumours. *Indian med. Gaz.* Calcuta, 1880, t. XV, p. 280.

Bouilly. — De l'hémostase dans la castration. *Rev. de chir.* Paris, 1881, t. I, p. 659.

Michael. — Traumatic Hæmatocele ; lithotomy. In : *Mariland medical Journal*. Baltimore, 1883-1884, t. X, p. 321-323).

Axford (W.-L.). — The treatment of the wound after castration. *Ann. of Surgery*. Saint-Louis, 1887, t. V, p. 8.

Fistié (Cam.). — De la cure radicale du varicocèle. *Thèse de doctorat*. Nancy, 1888, p. 74.

VII. — Hématome du scrotum succédant à la ponction par le trocart ou le bistouri d'une hydrocèle ou d'une hématocèle (vaginale ou funiculaire).

J.-L. Petit (1) est un des premiers pour avoir signalé l'épanchement de sang qui peut se produire après la ponction de l'hydrocèle. « Cet épanchement se manifestera au-dehors par l'ecchymose, si l'hydrocèle n'est pas dans la cavité vaginale même et si le vaisseau divisé est extérieur à cette cavité. Mais si le vaisseau atteint est dans l'épaisseur du péritestès (tunique vaginale) ; le sang s'épanchera plus facilement dans la cavité de cette enveloppe, et cette hémorrhagie pourra ne pas se traduire à l'extérieur, ou ne donner lieu qu'assez tard à l'ecchymose. »

John Hunter (2) en parle aussi : « Il arrive quelquefois que dans cette opération (ponction ou incision), un vaisseau est blessé, soit dans l'épaisseur de la peau, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le sac, et qu'il en résulte une hémorrhagie abondante ; le sang peut alors s'infiltrer dans le tissu cellulaire du scrotum, auquel il donne une apparence gangréneuse, ou s'épancher dans le sac et le remplir autant qu'avant l'évacuation du liquide. J'ai vu ces deux effets de la ponction, mais il n'en est jamais rien résulté de fâcheux, le sang ayant toujours été absorbé. On conçoit même que le dernier accident puisse avoir un résultat avantageux, celui d'offrir un moyen d'union par première intention entre le sac et le testicule ; c'est ce que j'ai vu s'effectuer d'une manière partielle. Cet épanchement sanguin est une des maladies que les auteurs ont décrites sous le nom d'hématocèle. »

Pott (3), lui aussi, reconnaît les accidents imputables à la ponction : « On blesse quelquefois un vaisseau. L'ouverture étant fermée, lorsque l'eau est tout-à-fait écoulée, et un emplâtre étant appliqué dessus,

---

(1) J. L. Petit. — *Œuvres chirurgicales*. Edition 1837.

(2) John Hunter. — *Œuvres complètes*. Traduction Richelot 1843, t. I, p. 519.

(3) Percival Pott. — *Œuvres chirurgicales*. Traduct. franç. Paris 1777, t. II, p. 146.

le sang cesse d'en sortir, mais il s'insinue en partie dans la cavité vaginale, et en partie dans les cellules du dartos.... En effet lorsqu'une vaginale a été longtemps ou beaucoup distendue, elle devient épaisse et dure et les vaisseaux, surtout ceux de la face interne, deviennent quelquefois si gros, qu'ils sont très-sensibles et même variqueux. Ils peuvent se rompre spontanément quand la pression intérieure n'existe plus. »

Pelletan (1), donne un conseil pratique pour éviter l'hémorrhagie : « Le sang s'épanche plus facilement dans les parois du scrotum ou dans la tunique vaginale, qu'il ne se montre au-dehors, après la ponction de l'hydrocèle ; j'ai vu plus d'une fois avoir à traiter une hématocèle à la suite de la ponction. Nous donnons le conseil de ne plonger les trois-quarts dans l'hydrocèle qu'entre les aires ou mailles vasculaires qu'on reconnaît très-aisément, en tendant la peau du scrotum pour y faire la ponction. »

Richerand (2) dit qu'assez fréquemment, après avoir pratiqué la ponction, la tumeur a repris son volume en peu de jours, ce qui suppose l'épanchement d'une certaine quantité de sang dans la tunique vaginale, car un accroissement aussi subit ne peut être l'effet d'une accumulation nouvelle de sérosité ; alors celle-ci sera noirâtre à la ponction suivante. — Dans le cas d'infiltration cellulaire sanguine on se conduira comme dans l'hématocèle.

D'après Boyer (3), si la quantité de sang épanché dans le sac vaginal est considérable, il faut lui donner issue quand la résolution est jugée impossible.

Cortyl (4), en parlant des accidents qui peuvent suivre la ponction simple, reconnaît les deux espèces d'hématocèles intra et extra-vaginales. Il conseille de ne pas faire d'injection iodée dans le cas d'hématocèle vaginale, de retirer la canule et d'exercer immédiatement une légère compression, pour empêcher la tunique vaginale de se laisser distendre par le sang et arrêter ainsi l'hémorrhagie. Une fois à l'abri de celle-ci, il faudra traiter l'hématocèle suivant les indications qu'elle présente.

Donnay (5) ne songe même pas à parler de l'hématocèle pariétale à la suite de la ponction de l'hématocèle vaginale et ne s'occupe que de la

---

(1) Pelletan. — *Loc. cit.* t. II, p. 281.

(2) Richeraud. — *Nosographie et thérapeutique chirurgicales*, t. IV, p. 16.

(3) Boyer. — *Maladies chirurgicales* 1831, t. X, p. 205.

(4) Cortyl. — *Considérations pratiques sur le traitement de l'hydrocèle.* Thèse de Paris, 1862.

(5) Donnay. — *De l'hématocèle de la tunique vaginale et ses complications, à la suite de ponctions exploratrices.* Thèse de Paris, 1877.

transformation purulente de celle-ci, comme seule complication de l'opération.

Bégin (1) cite l'hématocèle vaginale et pariétale diffuse après l'injection irritante dans l'hydrocèle.

Observation XCI

Hématocèle pariétale par infiltration et hématocèle vaginale à la suite d'une ponction d'hydrocèle.

Par Jean-Louis Petit (2).

Un homme de quarante ans, à qui on avait fait la ponction d'une hydrocèle, s'aperçut deux ou trois heures après l'opération, que son suspensoir le gênait ; son chirurgien lui en mit un beaucoup plus large ; mais, la tumeur augmentant toujours, le malade, cinq ou six heures après, se plaignit de la même gêne. On lui remit un bandage encore plus large, et avant que la journée fût passée, on fut obligé de lui remettre celui dont on se servait dans la plus grande plénitude de son hydrocèle ; alors la tumeur n'augmenta plus. On ne savait à quoi attribuer ce retour des eaux si prompt (car on ne doutait point que ce ne fût l'hydrocèle revenue, parce qu'il n'y avait point de douleur et que la couleur de la peau n'était point changée).

Le malade, à qui on avait fait plusieurs fois la ponction sans qu'il fût survenu rien de semblable, devint inquiet et assembla une consultation dans laquelle il fut décidé qu'il y avait eu un vaisseau piqué par le trocart, et que ce vaisseau devait être considérable, puisqu'en si peu de temps il avait rempli le sac qui contenait les eaux. Ce sentiment fut combattu par ceux qui ne pouvaient pas croire que cette tumeur fût sanguine, parce que la peau n'avait point changé de couleur, alléguant qu'ils avaient vu, en pareil cas, qu'en deux heures de temps le scrotum était devenu rouge-brun par le sang qui s'était infiltré dans le tissu cellulaire, et qui formait une ecchymose dans toute l'étendue du scrotum et de la verge.

L'observation était vraie, mais elle ne suffisait pas pour prouver que la tumeur dont il s'agissait n'était pas sanguine. En effet, l'expérience m'a appris que toutes les fois qu'on perce un vaisseau sanguin en faisant la ponction de l'hydrocèle, il ne survient pas d'ecchymose ; que, dans les cas mêmes où elle survient, elle ne s'aperçoit pas si promptement.

Si les sentiments furent partagés sur la nature du mal, ils le furent aussi sur le moyen d'y remédier : les uns conseillèrent d'ouvrir la tumeur dans toute son étendue ; les autres furent d'avis d'attendre, d'y appliquer des fomentations et des cataplasmes émollients soutenus d'un suspensoir, et de faire garder au malade le repos et le régime convenables. Ce dernier avis, auquel j'acquiesçai, fut suivi ; le malade s'en retourna avec son chirurgien, qui vint me dire, tout alarmé, que *le scrotum*

---

(1) Bégin. *Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire.* Paris 1838, t. I, p. 506.

(2) *Œuvres de Jean-Louis Petit,* Edition 1837, p. 728,

était devenu noir et plombé et que la gangrène s'y mettait, qu'elle se prolongeait dans les aines, dans les cuisses et sous la peau du ventre. Je lui demandai si le malade avait senti de vives douleurs depuis son départ ; il me dit que non, qu'il se portait très-bien d'ailleurs ; sur quoi je l'assurai que son malade n'était point en danger ; qu'il continuât de suivre ce que j'avais prescrit et de m'en rendre compte de temps en temps. Il s'en retourna plus tranquille, parce que je lui dis que ce qu'il croyait gangrène par la couleur n'était qu'une ecchymose produite par le sang qui se glissait dans les graisses ; que le sang qui causait cette douleur s'étendrait beaucoup plus loin ; mais qu'il ne devait point s'en inquiéter parce qu'elle se résoudrait comme font ordinairement toutes les ecchymoses ; qu'il fallait continuer les topiques émollients et les appliquer chaudement pour conserver la fluidité du sang épanché dans le scrotum, lequel ne s'étendrait qu'autant qu'il serait fluide.

Quelque temps après le malade vint me voir et me remercier de m'être opposé à l'opération qu'on voulait lui faire. L'ecchymose n'était pas encore entièrement dissipée *et le kyste de l'hydrocèle contenait encore une partie du sang, qui s'était caillé, ce qui rendait cet endroit dur, mais sans douleur.* Je conseillai de continuer les fomentations résolutives et le suspensoir. Je le vis, quinze jours après : il n'y avait plus d'ecchymose ; la dureté du kyste était diminuée ; en deux mois de temps le scrotum se trouva presque dans son état naturel et le malade rentra dans ses fonctions ordinaires ; ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il fut parfaitement guéri de son hydrocèle.

Cette intéressante observation nous montre bien toute la série des accidents qui peuvent suivre une ponction d'hydrocèle. Il y a d'abord eu hémorrhagie intra-vaginale qui a rapidement distendu la poche, sans aucun phénomène extérieur. Mais le sang, se trouvant trop à l'etroit, a cherché une issue par l'ouverture produite par le trocart dans la tunique vaginale probablement épaissie, et par conséquent un peu rigide. Le sang a filé sous la peau et a infiltre le tissu cellulaire du scrotum et des régions sous-cutanées environnantes, non sans avoir produit en un point une hématocèle pariétale par épanchement. C'est ce qui paraît ressortir de la description de J.-L. Petit, quand il dit que « le kyste de l'hydrocèle contenait encore une partie du sang qui s'était caillé, ce qui rendait cet *endroit dur mais sans douleur.* » Le kyste extra-vaginal selon nous s'est résorbé dans un espace de temps relativement court, mais c'est peut-être à sa présence contre la tunique vaginale qu'est due la guérison de l'hydrocèle par irritation de la paroi.

Observation XCII

Hématocèle par infiltration à la suite d'une ponction d'hydrocèle.

Par Velpeau (1).

Il s'agit d'un cordonnier, âgé de cinquante-sept ans, couché au numéro 3 de la salle Sainte-Vierge, qui a une hématocèle par infiltration, produite par une piqûre de lancette. On emploie un traitement résolutif.

Observation XCIII

Hématocèle succédant à une ponction d'hydrocèle pratiquée par le malade lui-même.

Par Samuel Cooper (2).

J'ai visité avec B. Cooper un malade qui portait une hydrocèle volumineuse de chaque côté du scrotum, et qui avait converti une de ces hydrocèle en une hématocèle par un moyen qu'il avait imaginé lui-même.

Voyant que tout ce qu'a à faire un chirurgien, quand il donne issue au liquide, est de pratiquer une ouverture à la tumeur, il crut pouvoir imaginer un instrument qui rendait inutile l'intervention d'un homme de l'art. Après un peu d'étude, il imagina un instrument qui avait une grande similitude avec celui dont les maréchaux vétérinaires se servent pour saigner les chevaux ; il était seulement de dimension supérieure, la lame, qui sortait lorsqu'on touchait un ressort, ressemblait à une lame de poignard. Il perfora la tumeur avec cet instrument et en fit écouler l'eau ; mais il blessa quelques vaisseaux sanguins, de sorte qu'en quelques heures la tumeur était plus volumineuse qu'auparavant et beaucoup plus douloureuse. En un mot la tunique vaginale était distendue par du sang.

Ce sang ne tarda pas à se putréfier, les parties s'enflammèrent considérablement, la fièvre survint et, tant par la pertubation générale de toute l'économie que par l'imminence de la gangrène, la vie du malade fut menacée. Si une incision prompte et large n'avait pas été faite, je crois que l'état de ce sujet eût été bientôt désespéré. Cette opération ayant donné issue à une quantité considérable de sang putréfié, de pus, de gaz délétère, c'est-à-dire d'hydrogène sulfuré, le malade revint à la santé.

Une des deux hydrocèles fut radicalement guérie par ce moyen ; mais quoique l'inflammation fût considérable, elle n'eut pas pour effet de guérir l'autre hydrocèle.

---

(1) Velpeau. — *Gazette des Hôpitaux*, 1840, p. 114.

(2) *Encyclopédie des sciences médicales.* Paris, 1841. *Traité élémentaire de pathologie chirurgicale,* par S. Cooper, p. 618,

Observation XCIV

Extravasation considérable de sang, à la suite de l'opération de l'hydrocèle.

Par Jamieson, chirurgien à Kelso (1).

Un homme de 60 ans avait une hydrocèle gauche pour laquelle, depuis quatre ans, on lui faisait des ponctions au bistouri ; il s'écoulait chaque fois vingt-trois onces d'eau, c'est-à-dire 700 grammes environ

A la quatrième ponction, deux ou trois minutes après l'écoulement des eaux, il sortit par l'ouverture environ douze onces de sang pur et liquide qui coula à plein canal et uniformément, comme s'il était sorti par une ouverture faite à une grosse veine, et sans que le malade ressentît aucune douleur ni incommodité ; ensuite l'hémorrhagie cessa d'elle-même, sans autre remède qu'une ample saignée que je lui fis au bras et le pansement dont je m'étais servi dans les opérations précédentes : remèdes astringents et aromatiques avec suspensoir.

Le lendemain matin, le malade me dit qu'il avait ressenti une grande pesanteur et une tension dans un des deux testicules et tout le long du trajet des vaisseaux spermatiques jusqu'à l'aine. Le scrotum parut plus gros qu'il n'avait coutume de l'être en aucun temps de l'hydrocèle. Après avoir fait une incision de deux pouces environ aux téguments, je découvris la tunique vaginale qui parut saine, mais très-distendue.

Une incision de la tunique vaginale donna issue à une grande quantité de sang coagulé. J'en fis sortir encore une assez grande quantité *en exprimant avec le doigt tout autour et en haut vers les anneaux des muscles de l'abdomen*. Je nettoyai ensuite ces parties avec une sonde garnie de charpie trempée dans du vin et nous vîmes le testicule et sa tunique sains, sans trace d'hémorrhagie. La vaginale se contracta promptement d'elle-même.

J'appliquai sur le testicule des plumasseaux trempés dans un mélange de vin et de miel rosat, et je couvris le reste de la plaie avec des plumasseaux chargés de digestif ordinaire auquel j'avais mêlé une petite quantité de baume du Pérou. — La guérison se fit selon le cours ordinaire de la nature, sans qu'il survînt aucun accident et fut achevée en trois semaines de temps. La tunique vaginale s'appliqua partout si étroitement à la tunique albuginée, que le malade n'eut aucune apparence d'hydrocèle pendant les trois années qu'il survécut à cette opération. La cause de sa mort fut une fièvre accompagnée d'asthme.

Si nous rapportons ici ces deux observations d'hématocèle succédant à une ponction d'hydrocèle, c'est d'abord parce que ni S. Cooper, ni Jamieson n'ont bien précisé le siège de l'épanchement sanguin. En effet, dans le cas de ce dernier, « le sang remontait jusque vers les anneaux des muscles de l'abdomen. » Ensuite ces deux exemples nous montrent bien la con-

(1) *Essais et observations de médecine de la Société d'Edimbourg*, t. II, traduit de l'Anglais. Paris, 1742. Article XIV

duite à tenir en cette circonstance, c'est-à-dire que pour éviter l'inflammation purulente d'un épanchement sanguin considérable, que cet épanchement soit intra ou extra-vaginal, il y a tout avantage à faire rapidement de larges incisions, autant pour absterger les parties du sang épanché que pour en rechercher et, au besoin, arrêter la source.

Observation XCV (Résumée).

Hématocèle spontanée de la tunique vaginale, compliquée d'une hématocèle extra-vaginale (autrement dite : pariétale), par suite d'une ponction faite avec le trocart ; castration ; guérison.

Par le Docteur Th. Thibault, de Nantes (1).

P...., vigneron au Chambourg, commune de Challans (Vendée), où je demeurais alors moi-même, vint me consulter, le 27 mars 1872, pour une tumeur des bourses. Cet homme, âgé de 57 ans, a toujours joui d'une bonne santé ; il ne se souvient, en effet, avoir eu d'autre maladie qu'un zona. Il me raconte que, depuis sa jeunesse, il porte dans le côté gauche du scrotum une grosseur qui lui est survenue sans cause appréciable. D'abord du volume d'une petite pomme, elle acquit celui des deux poings presque subitement, après son mariage, contracté il y a environ trente ans.

Depuis lors elle était demeurée stationnaire, et comme elle ne l'empêchait pas de travailler, il ne s'en préoccupait nullement. Elle ne lui causait du reste aucune douleur et ne l'incommodait que par le tiraillement déterminé par le poids de la tumeur. Encore cette gêne n'avait jamais été assez considérable pour le forcer à porter un suspensoir. Seulement l'été, quand la chaleur relâchait la peau des bourses, il relevait parfois le scrotum avec un mouchoir plié en cravate. Grâce à ce simple appareil, il pouvait se livrer sans fatigue aux plus rudes travaux de sa profession.

Il y a trois semaines, P... rentra chez lui en proie à un malaise inaccoutumé ; il ressentait des frissons et de la courbature. Ce jour-là, cependant, il n'avait rien fait qui pût rendre compte de ce dérangement dans sa santé. Durant la nuit, des douleurs très-vives se firent sentir dans sa tumeur et, à son réveil, P... fut surpris de la voir considérablement augmentée de volume. Il garda le lit plusieurs jours de suite dans l'espoir que le repos ferait disparaître ce gonflement. Mais il n'en fut rien.

La tumeur augmentant chaque jour davantage, P... se décida à appeler un médecin qui, ayant constaté la présence d'un liquide dans la tumeur, y pratiqua une ponction avec un trocart à hydrocèle. Cette ponction fut faite dans le tiers inférieur. Il ne s'écoula qu'une à deux cuillerées d'un liquide épais ayant la couleur

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1878, pages 172, 180.

du chocolat. Les jours qui suivirent l'opération, P... éprouva des picotements, des cuissons dans sa tumeur, et celle-ci augmenta encore de volume. En même temps, il observa un phénomène nouveau : toutes les fois qu'il imprimait des mouvements au scrotum, il entendait d'une manière distincte un bruit de gargouillement.

Il y avait une dizaine de jours que la ponction avait été faite, lorsque P... vint me consulter. Sa tumeur se présentait sous une forme ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas. Elle avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Sa consistance était ferme dans tout son pourtour ; toutefois elle paraissait plus dure en arrière et en haut ; par la palpation on sentait manifestement, en cet endroit, un épaississement considérable. La peau avait conservé partout sa coloration normale. Elle était mobile sur la tumeur. Par l'épreuve de la lumière, je m'assurai que celle-ci n'était pas transparente. Je cherchai en vain la position occupée par le testicule gauche ; je ne pus parvenir à le découvrir.

Cet examen, joint aux commémoratifs que j'avais reçus du malade ; me démontra que j'avais affaire à une hématocèle du scrotum. Je dis à P... que, pour le débarrasser de sa tumeur, il fallait une opération plus radicale que celle qu'il avait subie, et je l'engageai, pour se la faire pratiquer, à entrer à l'hôpital de Challans, dont je dirigeais en ce moment le service. Il ne s'y décida que huit jours après. Dans l'intervalle, il fit à pied plusieurs voyages à Challans, distant de son village d'environ deux kilomètres. Je signale cette circonstance parce que, à mon avis, elle n'a peut-être pas été étrangère à la production des accidents qui sont survenus à cette époque.

A l'entrée de P... à l'hôpital, le 3 avril, je fus frappé du changement qui s'était opéré dans la consistance de sa tumeur. Au lieu d'être ferme comme le jour de mon premier examen, elle m'offrait un rammollissement très-marqué à sa partie antérieure. La peau était tellement amincie en ce point, qu'elle menaçait de se perforer très-prochainement. De plus, en percutant légèrement la tumeur, ou en imprimant à la masse un mouvement assez borné, je produisais une fluctuation des plus manifestes. Il me semblait même voir le liquide se déplacer dans l'intérieur de la poche. Pour m'assurer de la nature de son contenu, je fis une ponction avec le trocart explorateur, Il ne sortit point de liquide par la canule, mais quand je retirai celle-ci, il s'écoula, à l'ouverture faite par l'instrument, une à deux gouttes d'un liquide épais, ayant la couleur et la consistance du chocolat. En promenant la canule dans l'intérieur de cette vaste poche, j'avais pu constater que la cavité était parfaitement libre dans toute son étendue, qu'elle n'était divisée par aucune bride, aucune cloison. Mais, arrivé au fond de cette cavité, j'avais senti un corps dur qui était séparé de la paroi postérieure de la tumeur par un intervalle assez considérable.

Je fus, je le répète, fort surpris de ce changement d'aspect de la tumeur. Je ne savais à quoi attribuer son ramollissement si subit et si considérable. Néanmoins la nécessité d'ouvrir ce large foyer me paraissant des plus urgentes, je me décidai à opérer. Je craignais, en effet, qu'un retard de quelques jours n'eût donné le temps à la tumeur de s'ouvrir spontanément, ce qui aurait, à coup sûr, entraîné des accidents plus graves que l'ouverture faite avec le bistouri.

Aussi. dès le lendemain 4 avril, assisté de mes honorables confrères, les docteurs Riou et Neveu-Dérotrie, j'ouvris largement la tumeur à sa partie moyenne par une

incision faite avec le bistouri. Il s'écoula, sur-le-champ, une grande quantité de liquide noirâtre, grumeleux, dont la couleur et la consistance se rapprochaient beaucoup de celles d'un chocolat un peu épais. La tumeur ne disparut point complètement après l'écoulement de ce liquide. Elle conserva encore un volume assez considérable à la partie postérieure du scrotum.

Ayant plongé l'indicateur au fond de la cavité qui venait de se vider à la suite de l'incision, je sentis une tumeur dure, à parois épaisses et résistantes, adhérant de toutes parts, excepté en avant, aux enveloppes sous-cutanées du testicule. En pressant un peu fortement sur elle, j'en fis sourdre un liquide semblable à celui qui était sorti de la première poche. Un examen plus attentif me permit de découvrir à sa partie antéro-inférieure une ouverture capable de recevoir le bout du petit doigt. C'est par là que s'échappait ce nouveau liquide quand on pressait sur cette seconde poche Les parois de celle-ci contrastaient par leur épaisseur considérable avec celles du premier foyer qui étaient, au contraire, très-minces.

Je compris dès lors que là était l'hématocèle véritable, c'est-à-dire l'hématocèle de la tunique vaginale ; l'autre n'étant qu'une hématocèle extérieure à cette cavité séreuse et produite, selon toute apparence, par l'épanchement dans les enveloppes testiculaires du liquide contenu dans la tunique vaginale. L'existence de la perforation que j'avais constatée à la paroi antérieure de la seconde tumeur faisait aisément comprendre comment cet épanchement avait pu se produire.

J'évacuai tout le liquide que contenait cette seconde poche. Comme la première, elle ne contenait ni caillots sanguins, ni grumeaux fibrineux. La quantité totale du liquide pouvait être évaluée à deux litres environ.

. . . .

La suite de l'observation nous donne les raisons pour lesquelles le docteur Thibault se décida à pratiquer la castration de préférence aux autres modes de traitement de l'hématocèle vaginale, et les complications locales par lesquelles passa son malade avant de sortir guéri de l'hôpital, le 12 mai 1872.

Ce cas si intéressant fait faire à son rapporteur quelques réflexions sur le mécanisme de l'hématocèle pariétale compliquant une hématocèle vaginale, réflexions que nous croyons devoir reproduire dans leur totalité :

Réflexions. — L'existence d'une double hématocèle d'un seul côté du scrotum constitue un fait extraordinaire. De ces deux hématocèles, l'une fort ancienne, survenue sans cause appréciable, a son siège dans la tunique vaginale, considérablement distendue et épaissie. L'autre, plus récente, superposée à la première, avec laquelle elle communique, est renfermée dans les enveloppes testiculaires extérieures à cette membrane.

Le mode de production de cette dernière hématocèle n'est pas moins curieux. C'est à la suite d'une ponction faite avec le trocart que s'est développée, comme nous l'avons vu, cette tumeur dont le volume, augmentant de jour en jour, a déterminé P .. à venir me consulter

Or, la question qui se présente naturellement à l'esprit est la suivante : Y a-t-il entre l'opération pratiquée et le développement de la tumeur un rapport de causalité ou une simple coïncidence ?

Il est incontestable que la ponction a été faite bien des fois en pareil cas sans entraîner la formation d'une hématocèle pariétale. Je n'en citerai qu'un exemple, dont j'ai en ce moment la relation sous les yeux. C'est l'observation de Smith (de Dublin (1), dans laquelle il est dit que la ponction a été pratiquée trois fois sur le même sujet, dans l'espace de trois ans, sans que l'on signale, à la suite d'aucune de ces ponctions, les accidents observés dans le fait qui nous occupe.

Mais est-ce là un motif suffisant pour conclure que, dans ce cas-ci, la ponction n'a pas été la cause productrice de l'hématocèle pariétale ? Je ne le pense pas. Il me semble, au contraire, impossible de nier le rapport de causalité, si l'on considère :

1° Qu'aussitôt après l'opération, la tumeur a augmenté de volume ;

2° Que ce n'est que depuis cette époque que P... a perçu le bruit de gargouillement, lequel ne peut s'expliquer que par l'introduction de l'air extérieur dans la cavité où se trouvait renfermé le liquide. Or on comprend très-bien qu'il ait pu s'y introduire par l'ouverture faite à la peau et aux tissus sous-jacents par la pointe du trocart ;

3° Que l'ouverture pratiquée à la paroi antérieure de l'hématocèle vaginale se trouvait précisément au même niveau que la cicatrice de la piqûre du trocart ;

4° Enfin, que les parois de la poche étaient tellement épaisses (4 à 5 millimètres d'épaisseur ce qui la faisait ressembler à du fibro-cartilalge) fermes et résistantes qu'on ne peut supposer qu'elles se soient perforées spontanément (2).

On m'objectera peut-être que, si l'hématocèle pariétale avait eu pour cause la perforation de la paroi antérieure de la tumeur vaginale par la pointe du trocart, elle se serait montrée aussitôt après l'opération et n'aurait pas attendu quinze jours pour se produire. Sans doute c'est ce qui aurait eu lieu s'il n'avait pas existé d'adhérences entre la tumeur et les parties environnantes. Mais il en existait, comme nous l'avons constaté, à ses faces postérieure et inférieure et d'une épaisseur telle qu'il avait fallu employer le bistouri pour les diviser. La face antérieure devait en présenter aussi, moins fortes sans doute que les précédentes, mais assez intenses néanmoins pour mettre obstacle à la libre sortie du liquide contenu dans la cavité vaginale et à son épanchement. Le retard que celui-ci a mis à se produire est une preuve certaine de leur existence. Il a fallu, en effet, un temps assez long au liquide de l'hématocèle pour détruire ses adhérences et se frayer un passage à travers leurs interstices.

Ce travail aura été favorisé, il est vrai, par cette circonstance sur laquelle j'ai fixé plus haut l'attention, je veux parler des voyages fréquents que P.... a faits à pied durant les huit jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Dans la marche, le

---

(1) *Bulletin de thérapeutique* (mars 1863). Extrait du *Dublin Quarterly Journal* février 1863).

(2) Nous démontrerons plus loin la possibilité de la rupture spontanée de la tunique vaginale. Cette réserve faite, nous ne voyons rien à ajouter aux judicieuses réflexions du Dr Thibault.

liquide épanché, obéissant aux lois de la pesanteur, se sera porté naturellement sur les parties déclives et aura déterminé ainsi la distension, l'amincissement de la peau que j'ai signalé, au début de cette observation. Si les adhérences eussent été aussi fortes à la partie antérieure que dans les autres points, il est bien probable que l'épanchement n'aurait pu se produire et que, par conséquent, il n'y aurait pas eu d'hématocèle pariétale. C'est peut-être à une disposition de ce genre que les ponctions ont dû, dans les cas auxquels je faisais allusion tout-à-l'heure, de n'être pas suivies des mêmes accidents que dans celui que j'ai observé.

Quoiqu'il en soit, ce fait porte avec lui son enseignement. Il devra rendre plus réservé sur l'emploi d'une opération qui n'est pas sans dangers, et qui est d'ailleurs, comme l'expérience l'a démontré depuis longtemps, tout à fait insuffisante pour la guérison de l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale.

Observation XCVI

Hématocèle pariétale par infiltration après une ponction d'hématocèle vaginale. —Inflammation. — Incision et décortication de l'hématocèle vaginale.

Par O. Lannelongue (1).

Dans un cas nous avons vu des accidents inflammatoires survenir à la suite d'une ponction faite pour éclairer le diagnostic, à l'hôpital de la Charité (annexe, rue de Sèvres, 42).

La ponction avait été pratiquée avec l'aspirateur de Dieulafoy et, par suite, on ne saurait accuser l'entrée de l'air de la production des accidents.

Mais, dans ce cas, nous pûmes remarquer qu'il y avait sous la peau du scrotum, au niveau de la piqûre, une infiltration sanguine provenant du sang de la poche. C'est qu'en effet, ces petites piqûres d'une paroi, ou élastique ou inflexible, telles que sont celles des hématocèles, restent béantes et peuvent permettre l'écoulement du sang de la poche dans les couches sous-cutanées. Là peut-être serait une des causes de l'inflammation qui survient ; car l'ouverture peut déverser d'une façon continue le liquide de la poche sous la peau. Nous croyons cependant que cette cause n'est que secondaire.

Pour conjurer ces accidents de la ponction, nous procédâmes, dès le lendemain, à l'incision de la poche, puis à la décortication.

Observation XCVII (Résumée).

Hématocèle pariétale du scrotum après la ponction d'une hématocèle funiculaire.

Par Percival Pott (2).

Pott range parmi les hématocèles pariétales une hématocèle funiculaire

---

(1) O. Lannelongue. — Article hématocèle. In : *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1882, t. XVII p. 290.

(2) *Loc. cit.*

des plus nettes. Aussi n'est-ce pas au même titre que nous rapportons ici brièvement son observation.

Un jeune garçon, en faisant des efforts de défécation, sentit une douleur subite dans l'aine gauche. — Tumeur allant du canal inguinal au fond du scrotum, sans changement de couleur à la peau, ayant fait croire au début à une hernie. — La tumeur ne faisant qu'augmenter, Pott fit une ponction avec une lancette et donna issue à quelques onces d'un sang clair. *Le lendemain, le malade se portait parfaitement bien, mais le scrotum paraissait enflé et noir, comme s'il eût été très contus ; il avait aussi rendu du sang par la piqûre de la lancette, qui n'était pas refermée ; et cette humeur en sortait en grande quantité, lorsqu'on exerçait quelque pression au-dessus.*

La castration fut l'unique ressource contre une violente hémorrhagie d'un vaisseau du cordon.

D'après les quelques observations que nous venons de citer il est facile de voir que la ponction n'est pas toujours aussi inoffensive qu'on veut bien le croire, et qu'outre l'inflammation et la suppuration de la poche, on peut donner naissance à une hématocele vaginale ou pariétale, ou aux deux à la fois. Pour éviter cette dernière complication, il est donc utile d'abord de ne pas blesser un des vaisseaux sous-cutanés considérablement dilatés, et de pénétrer dans l'hydrocèle entre les mailles de ce réseau vasculaire comme le conseillait Pelletan. Il sera bon ensuite de faire une légère compression des bourses, une fois la ponction terminée, car comme le dit Pott, il est possible que les vaisseaux de la vaginale, ne subissant plus aucune pression de la part du liquide et par conséquent ne se sentant plus soutenus, éclatent sous la pression sanguine. La compression remédiera à ce défaut d'équilibre, et si, dans le cas de division d'un vaisseau, l'on n'arrête pas instantanément l'hémorrhagie, l'on aura au moins des chances de diminuer la rapidité de sa production.

Il va sans dire que dans le cas de rigidité des parois vaginales la compression restera sans effet, et qu'alors sera appliqué le seul traitement rationnel : l'incision antiseptique. C'est encore ce traitement qu'il faudra appliquer quand on aura affaire à une hémorrhagie rebelle, qu'il s'agisse d'une hématocèle vaginale ou funiculaire. On pourra alors rechercher la source de l'hémorrhagie, ce à quoi l'on devra toujours arriver en associant la compression du cordon, et nous croyons que Pott n'eût pas été obligé de faire la castration, s'il avait eu recours à ce moyen.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

JAMIESON. — In : *Essais et observations de la Société d'Edinbourg*, t. II, traduct. de l'Anglais, Paris 1742, Article XIV.

PETIT (J.-L.). — *Œuvres chirurgicales*. Paris, 1774, t. II.

HUNTER (John). — *Œuvres complètes*, trad. Richelot. Paris, 1843, t. I, p. 519.

POTT (Percival). — *Œuvres chirurgicales*, trad. française. Paris, 1777, t II, p. 146.

PELLETAN. — *Loc. cit.*, t. II, p. 281.

RICHERAND. — Nosographie et therapeutique chirurgicales, t. IV, p. 16.

BOYER. — Maladies chirurgicales, Paris, 1831, t. X, p. 205.

BÉGIN. — Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire, Paris, 1838, t. I. p. 506.

LISFRANC. — Hydrocèle traitée par la ponction. — Suppuration et élimination des fausses membranes. Epaississement de la tunique vaginale (un pouce d'épaisseur). — In : *Bulletin général de thérapeutique*. Paris, 1842, t. XXIII, p. 59.

SOUTH (J. F.). — Hæmatocèle consequent on tapping hydrocele. — In : *The medical Times*, Londres, 1848, XVII, p. 29.

VELPEAU. — In : *Gaz. des Hôp.* 1840, p. 114.

COOPER (Samuel). — Traité élementaire de pathologie chirurgicale, p. 618. — In : *Encyclopédie des sciences médicales*, Paris, 1841.

MARTIN. — Hématocèle consécutive à la ponction de l'hydrocèle. — In : *Journal de médecine et de pharmacologie*, Bruxelles, 1849, t. VIII, p. 438 441.

CORTYL. — Considérations pratiques sur le traitement de l'hydrocèle. — *Thèse de doctorat*. Paris, 1862.

DONNAY. — De l'hématocèle de la tunique vaginale et de ses complications, à la suite de ponctions exploratrices, *Thèse de doctorat*. Paris, 1877.

THIBAULT (Th.). — In : *Gaz. des Hôp.* 1878, p. 172, 180.

LABADIE. — Observation d'un cas d'hydro-hématocèle. In : *Journal de médecine de Bordeaux*. Bordeaux, r880-1881, t. X, p. 262.

BRYANT. — Hæmatocele of tunica vaginalis, following tapping of hydrocele; incision; recovery. — In : *The Lancet*. Londres, 1883 ,t. I, p. 451.

LAWRENCE. — Recent Hæmatocèle (après ponction). — In : *The Lancet*. 1860, I, p. 394.

VIII. — Hématome du scrotum par rupture de la vaginale.

M. le docteur J.-L. Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de Genève a, dans un excellent article publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1883), étudié ce qu'il appelle : l'*Hydro-hématocèle de la tunique vaginale par rupture de la vaginale*; il en a discuté avec soin la pathogénie et le mécanisme; il a déterminé aussi exactement que possible le siège de l'épanchement sanguin, sa source, les altérations qui précèdent la rupture de la vaginale; il terminait enfin son étude par quelques considérations sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement (1).

Nous n'avons pas la prétention de refaire l'étude de l'hydro-hématocèle qui a été exposée par M. Reverdin avec toute la compétence que l'on connaît à ce maître éminent. Mais dans le cours de nos investigations, il nous a été donné de retracer quelques observations d'hématocèle pariétale qui n'intervenaient que comme un phénomène accessoire dans l'affection principale: rupture de la vaginale d'une ancienne hydrocèle ou d'une ancienne hématocèle. Il nous a, dès lors, paru intéressant de grouper dans un même chapitre ces différents cas d'hématocèle pariétale par suite de rupture de la vaginale.

Hunter est le premier pour parler de la possibilité d'une rupture d'hydrocèle :

« Quelquefois (2) un coup porté sur le scrotum a causé la rupture du sac et, par suite, l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire, ce qui a produit une guérison temporaire. Le malade et même le chirurgien ont été quelquefois alarmés de cet accident, parce qu'il s'est infiltré du sang avec la sérosité et que l'aspect des parties a fait croire que la gangrène s'était établie. »

Jean-Louis Petit nous a aussi donné une observation de rupture traumatique d'une hydrocèle à la suite d'un coup de pied de cheval.

Dupuytren, d'après l'observation recueillie par son élève Guibert (3), n'attribue pas le moins du monde à la rupture même de la tunique vaginale la production d'un épanchement sanguin sous-cutané, mais le liquide de

---

(1) Voir aussi : *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1882, t. II, p. 531.

(2) In : Hunter. — *Œuvres complètes de John Hunter*, traduction Richelot, Paris, 1843, t. I, p. 519.

(3) Dupuytren et Guibert. — *Loc. cit.*

l'hydrocèle, en s'échappant de la séreuse, « avait brisé un grand nombre de cellules du tissu lamineux, dans lequel il s'était infiltré et avait causé la rupture de quelques vaisseaux sanguins. » Cette ingénieuse explication n'a pour nous que le seul défaut d'être fondée sur des suppositions, sans preuves à l'appui. Il est au contraire parfaitement démontré aujourd'hui que les vaisseaux du scrotum participent à la laxité du tissu cellulaire et, comme dans l'infiltration de ce tissu cellulaire à la suite d'un éclatement de la vaginale, il n'y a pas rupture du tissu, mais écartement simple de ses mailles, les vaisseaux n'ont aucune raison d'être plus maltraités que les fibres conjonctives. Pour confirmer notre opinion nous n'avons qu'à nous reporter à l'observation de G. Walter (1) : « Lorque le sang coagulé fut évacué, il se produisit un écoulement profus de sang frais, venant de l'ouverture d'une artère rompue de la tunique vaginale que l'on trouva déchirée vers le raphé, l'ouverture laissant passer facilement le doigt dans le tissu cellulaire du scrotum. »

Velpeau et Astley Cooper se sont aussi occupés de la rupture de l'hydrocèle. Mais c'est Velpeau surtout qui a attiré l'attention des chirurgiens sur l'infiltration sanguine qui accompagnait ces ruptures.

Enfin, en 1883, M. Saint-Martin (2) a traité, dans sa thèse inaugurale, de la *Rupture de la tunique vaginale dans l'hydrocèle* ; il ajoute à quelques observations publiées dans les auteurs, deux observations inédites recueillies dans le service de M. le professeur Richet. Dans ce travail, l'auteur cherche d'abord à établir le siège de ces ruptures ; il injecte dans la vaginale du liquide en excès. La vaginale s'est presque toujours rompue à la partie supéro-interne, par un petit diverticulum juxta-funiculaire (3), sous une pression évaluée à une atmosphère ; l'ouverture était toujours très-étroite (au maximum un demi-centimètre), linéaire ou circulaire.

Mais ces expériences sur le cadavre ne nous enseignent que peu de choses, comme le reconnaît M. Saint-Martin. Sur le vivant c'est probablement par une altération de nutrition de la tunique vaginale due à une distension brusque que se produit cette fragilité qui permet sa rupture. Ou bien se passe-t-il pour la vaginale ce qu'on observe dans les périsplénites ou périmétrites chroniques : on observe souvent au niveau des plaques laiteuses qui recouvrent la rate ou l'utérus, alors que ces organes se dis-

---

(1) G. Walter. — *Loc. cit*

(2) Saint-Martin (Ad.). — De la rupture de la tunique vaginale dans l'hydrocèle, *Thèse de doctorat*, Paris 1883.

(3) Béraud (G). — Mémoire sur les diverticulum de la tunique vaginale. — In: *Bull. Soc. chir. Paris*, 1863, V, p. 277 et 286.

tendent rapidement sous l'influence d'une intoxication ou de la grossesse la déchirure spontanée du péritoine autour des lésions anciennes (1).

Quel que soit le mécanisme qui préside à sa production, la rupture de la vaginale n'a pas toujours lieu au même endroit et s'observe en avant, en arrière, en haut, en dedans, mais jamais en bas et paraît, dans la plupart des cas, avoir pour cause occasionnelle, une augmentation rapide du liquide vaginal.

La cause la plus probable de cette augmentation, quand il n'y a pas de traumatisme, est une hémorrhagie intra-vaginale, par rupture des capillaires de néo-formation. Dans les traumatismes on a donné l'explication suivante, fort contestable d'ailleurs, de l'augmentation subite des hydrocèles : Les vaisseaux sanguins qui rampent sur la face interne de la tunique vaginale ont augmenté de calibre ; sous l'influence d'une violence même peu considérable, ces vaisseaux peuvent se rompre ; le sang coule dans la séreuse, se mêle au liquide séreux et, en s'écoulant continuellement, distend la poche (2).

Mais la cause principale de cette rupture réside dans la dégénérescence des parois de la vaginale, car une vaginale saine ou simplement un peu épaissie doit résister, il nous semble, à une assez forte pression, sans se rompre. On trouvera cette dégénérescence dans plusieurs de nos observations. Nous avons même retrouvé une observation de cancer de la vaginale qui, s'il n'avait pas été extirpé, serait devenu probablement un jour la source d'une hémorrhagie et d'une rupture sonsécutive (3).

Les causes prochaines de la rupture d'une tunique vaginale peuvent se diviser en trois classes principales : 1° les causes spontanées, — 2° les traumatismes, — 3° les efforts musculaires. — Il n'est pas dans notre sujet de nous étendre sur chacune d'elles, dont on trouvera d'ailleurs de nombreux exemples dans les observations que nous rapportons.

---

(1) Zahn. — In : *Revue méd da la Suisse Romande*, 1882, II, p. 538, compte-rendu de la Soc. méd. de Genève, 13 sept. 1882.

(2) Reybard, d'Annonay, — Hydrocèle changée en hématocèle vaginale à la suite d'un coup contre le pommeau d'une selle. Distension rapide. — In : *Transactions médicales*, t. XII, p. 49, — et *Thèse Jamain*, loc. cit., p. 33.

(3) Lenoir. — *Hématocèle vaginale avec ulcération (cancéreuse ?) de la séreuse*. Lenoir présente à la Société de Chirurgie une portion de tunique vaginale épaissie qu'il a enlevée à un homme de 45 ans, qui portait dans les bourses une tumeur du volume des deux poings à peu près, arrondie, sans fluctuation, sans transparence avec le cordon du même côté tout à fait sain et qui aurait commencé à se former, il y a deux ans, sans cause connue. Excision de toute la poche, sauf sur le testicule ; la tunique séreuse était *piquetée de rouge, comme ulcérée*. — Michon croit que c'est un cancer de la vaginale. — *Bul, soc. chir. Paris*, 24 déc. 1845. — *Gaz. des Hôp.*, 1846, p. 15.

Après une rupture de la vaginale on observe la plupart du temps : 1° une douleur, souvent très-vive, — 2° la disparition de l'épanchement. — 3° l'œdème sous-cutané, — 4° l'echymose consécutive. — Cette dernière, indice de l'infiltration sanguine, se manifestera immédiatement si c'est une hématocèle qui s'est rompue ; si ce n'était qu'une hydrocèle, elle pourra ne se manifester que 48 heures après l'accident.

Le diagnostic d'une rupture de la vaginale n'est pas difficile en général. Cependant nous croyons devoir mettre en garde contre deux erreurs possibles dont nous n'avons cependant pas trouvé de cas relatés dans la science. On sait qu'entre les différentes couches qui constituent les parois d'une hématocèle vaginale il se forme des foyers sanguins, véritables noyaux apoplectiques, de volume variable, dont le contenu est à des degrés divers de régression ; tantôt ils ne renferment que du sang pur, récemment épanché, tantôt une bouillie athéromateuse, formée de granulations graisseuses et de pigment sanguin. Ces foyers peuvent être plus rapprochés de la face interne et se rompre dans la cavité, ou bien ils forment des bosselures sous la face externe, et il ne serait pas impossible qu'ils ne vinssent à se rompre spontanément, ou sous l'influence d'un traumatisme.

Ou bien encore on pourrait avoir affaire à une de ces hydrocèles vaginales dont la séreuse est recouverte d'une multitude de petites hydrocèles, sans communication avec la grande poche (1). Une de ces petites tumeurs secondaires venant à se rompre pourrait faire croire à une lésion plus considérable. Nous n'avons pu en recueillir aucun cas.

Le pronostic est généralement favorable ; il survient quelquefois des complications inflammatoires, suivies de mort. Et même, comme on peut le voir d'après nos observations, cette rupture de la vaginale peut avoir d'excellents résultats et amener la guérison. Aussi a-t-on voulu faire de la discision sous-cutanée de la tunique vaginale une méthode opératoire pour le traitement de l'hydrocèle. Jobert (2) l'a mise en avant, Bühring (3), Bertini (4) l'ont défendue dans ces derniers temps. Inutile de dire que l'on a eu à observer la transformation d'une hydrocèle en hématocèle et la formation d'une hématocèle pariétale ; un cas remarquable de cette transformation vient de se présenter à la clinique chirurgicale de M. le professeur Heydenreich :

---

(1) Kraske. — In. *Centralblatt für chirurgie*, 1881, n° 47.

(2) Jobert. — Nouveau procédé pour la cure radicale de l'hydrocèle. — *Gazette des Hôp.*, 1840, n° 88.

(3) Buhring. — Ueber sucutane Discision der Scheidenhaut als Radical opération der Hydrocele, *Deutsche Klinick*, 4 nov. 1854, n° 44, p. 493.

(4) Bertini (4) — La discissionne sotto cutanea nell'idrocele cronico semplice. *Mem. d. r. Acad. med. di Roma*, 1882, p. 43.

Ruptures spontanées multiples d'une hydrocèle gauche. — Hématocèle succédant à cette hydrocèle à la suite d'un coup. — Incision antiseptique. — Guérison.

Observation inédite, recueillie par M. Frœhlich, interne du service.

Baudot (Joseph), né à Gendrey (Jura), âgé de 48 ans, exerçant la profession de cordonnier à Maxeville, entre, le 19 avril 1890, à l'hôpital civil de Nancy, où il occupe le lit n° 15 de la salle 3 (clinique chirurgicale de M. Heydenreich). Il vient pour se faire soigner d'une affection de la bourse gauche.

Cet homme n'a jamais été malade. Comme soldat, il a fait la campagne du Mexique et, comme volontaire, celle de France, en 1870. Pendant sa vie de garnison aussi bien que pendant la guerre, il a été astreint à de grandes marches auxquelles il attribue l'origine de son mal.

En 1874, une hydrocèle de la tunique vaginale gauche était constituée et, depuis cette époque, la tumeur s'est rompue spontanément un si grand nombre de fois que le malade ne peut pas même nous donner un chiffre approximatif. Mais, chose remarquable, il était chaque fois averti, deux ou trois jours auparavant, de la rupture prochaine du sac par une augmentation rapide dans le volume de l'hydrocèle, un sentiment de forte tension dans la tumeur, de la douleur et de la fièvre. Tous ces phénomènes disparaissaient comme par enchantement par la rupture de l'hydrocèle, rupture qui était suivie d'un œdème du scrotum et de la verge. La peau était fortement distendue et rouge, mais jamais on n'observa d'ecchymose. — L'épanchement se reproduisait rapidement.

En 1878, un médecin ponctionna simplement le liquide, qui se reforma.

En 1882, un médecin fit une injection de teinture d'iode ; le malade resta guéri pendant cinq ans ; mais, depuis, le liquide s'est reproduit.

Il y a trois semaines, le malade se serait donné un coup sur sa tumeur. Depuis onze jours il prétend avoir de la fièvre et des tiraillements dans le bas-ventre. — La tumeur est globuleuse, non transparente.

21 avril. — T = 38°,5 Douleurs de tête, tiraillements au niveau des cordons.

Les jours suivants, même état.

24 avril. — Opération. — Anesthésie chloroformique. On pratique la cure radicale : incision du scrotum et de la poche kystique. Il s'en écoule un liquide café au lait, dans lequel nagent d'innombrables paillettes de cholestérine. Au microscope on voit ces paillettes, des amas de globules rouges détruits, des globules blancs.

La poche, très-épaisse, est d'une consistence dure, fibro-cartilagineuse. Elle est extirpée jusqu'au niveau du testicule où l'enlèvement du revêtement vaginal est très-difficile et ne réussit qu'en partie.

Lavages phéniqués. — Sutures au crin de Florence. — Drainage. — Pansement humide.

25 avril. — Aucune réaction fébrile. Œdème du fourreau de la verge, pas d'infiltration du paroi scrotale.

30 avril. — Sphacèle d'une petite partie de la peau du scrotum.

15 mai. — Le malade est à peu près guéri.

Quant au traitement de la rupture de la vaginale, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur aux ouvrages de MM. J.-L. Reverdin et Saint-Martin ; le premier est un partisan résolu de l'ouverture antiseptique ; le second ne l'admet qu'avec réserve. Nous nous rangeons pleinement à l'avis de M. Reverdin.

I. — Rupture spontanée de la tunique vaginale.

Observation XCVIII

Hématocèle pariétale du scrotum par rupture de la vaginale.

Par Bouisson (1).

La rupture accidentelle de la tunique vaginale peut donner lieu à une hématocèle extra-vaginale ou sous-cutanée, lorsque des vaisseaux se trouvent sur le trajet de la déchirure. Chez un malade à qui nous donnons encore des soins et qui nous a présenté plusieurs fois le phénomène de la rupture spontanée de la tunique vaginale affectée d'hydrocèle, il s'est produit une tumeur mixte du scrotum, provenant d'une infiltration simultanée de sang et de sérosité, et participant en conséquence des caractères de l'œdème et de l'hématocèle. *Une vaste ecchymose était devenue apparente à la surface de la tumeur;* mais la résorption, aidée de quelques topiques astringents, a suffi pour faire tout disparaître.

Observation XCIX

Hématocèle pariétale par rupture spontanée de la vaginale pendant le sommeil.

Par M. Jacques-L. Reverdin, professeur à la faculté de Genève (2)

M. L. B..., 77 ans, d'une bonne santé, et légèrement emphysémateux, n'a jamais eu d'affection du testicule dans sa jeunesse et ne se souvient pas y avoir reçu aucun coup.

Il y a dix ou douze ans qu'il s'aperçut que les bourses grossissaient légèrement du côté gauche; l'accroissement de la tumeur était très-lent et n'occasionnait aucune douleur; la gêne, que le volume médiocre encore des bourses occasionnait, l'engagea, il y a sept ans à peu près, à se faire examiner par le Dr Mayor; celui-ci reconnut une hydrocèle et dit au malade de porter un suspensoir et de l'avertir s'il éprouvait plus de gêne ou si l'accroissement de la tumeur augmentait; que dans ce cas il lui ferait une ponction. C'est la crainte de cette petite opération qui porta le malade à ne pas dire ce qui se passa cette année 1882.

---

(1) E.-F. Bouisson. — *Tribut à la chirurgie*, t. II, p. 417, Montpellier, 1861.

(2) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1883, p. 494.

La tumeur qui, après le port du suspensoir, avait disparu, à ce que dit le malade, se reproduisit peu à peu, mais au commencement de l'été 1882, elle prit rapidement un accroissement si considérable qu'au bout de deux à trois mois elle avait acquis le volume d'une tête d'enfant; cela se produisit du reste sans traumatisme et sans douleurs; la gêne devint considérable; pour aller à la selle, en particulier, le malade était obligé d'introduire toute la tumeur dans la lunette des lieux d'aisance.

Il continuait néanmoins à faire d'assez longues promenades à pied, suivant son habitude. Gêné par cette volumineuse tumeur, il eut l'idée un jour de remettre un suspensoir et fit ainsi, sans être incommodé, sa promenade habituelle. Le soir, en se couchant, la tumeur avait son volume ordinaire; le matin, au réveil, tout était changé. Sans qu'aucune douleur en eût averti le malade, il trouva *les bourses, le pénis ecchymosés;* la bourse gauche n'était plus tendue, mais molle, tendre. La tumeur n'existait plus; du reste, aucune sensation pénible; le malade ne dit rien, ne fit rien, continua ses habitudes, et au bout de quinze jours l'ecchymose avait disparu et l'hydrocèle avec elle.

Mais cette dernière se reproduisit peu à peu, et au mois de décembre elle avait à peu près le volume actuel qui est un peu plus que celui du poing. Il y a une dizaine de jours, elle est devenue douloureuse et des douleurs de reins assez vives se sont fait sentir; le docteur Mayor fils, a constaté que l'hydrocèle était tendue, la peau luisante. — Repos au lit.

Les douleurs continuant, le 19 décembre, le docteur Mayor père, falt une ponction; il sort un liquide séro-sanguinolent. Le sang ne paraît pas frais, mais le liquide est rosé, un peu trouble; la poche, assez mince, revient bien sur elle-même, le testicule est normal. Le lendemain l'hydrocèle a à peu près repris son volume et les douleurs, soulagées par la ponction reparaissent; le soir il y a un peu de fièvre, un peu de transpiration la nuit. Des compresses d'eau fraîche, appliquées dès le 20 au soir, ont amené une diminution des douleurs, sans que le volume de la tumeur ait diminué en apparence. Je vois le malade le 21 dans l'après-midi avec les docteurs Mayor père et fils.

Il n'y a pas de douleurs spontanées; la pression en réveille de peu vives; l'état général est bon, pouls à 80, un peu de moiteur, langue bonne.

La tumeur, généralement ovalaire, n'est pourtant pas très-régulière; elle présente en particulier une large bosselure proéminente un peu au-dessus de la partie moyenne, en avant et en dedans. Cette bosselure est plus molle que les autres parties de la tumeur qui sont notablement dures. — On ne sent pas le testicule. — Fluctuation assez manifeste. — Cordon parfaitement sain. — Peau intacte. — Pas de chaleur anormale. — La tumeur est mate partout et partout opaque.

On continue les compresses et, au bout de quelque temps, le malade peut se lever, conservant sa tumeur que, vu son âge, on préfère ne pas opérer.

Cette observation nous est un remarquable exemple de rupture spontanée d'une hydrocèle pendant le sommeil. M. Reverdin ne nous dit pas si cette tumeursmolle qu'il a remarquée en-avant de la partie moyenne de la tumeur vaginale en était indépendante. Il est probable que c'était une hématocèle extra-vaginale, consécutive à la rupture vaginale, et en voie d'enkystement.

Observation C

Hématocèle pariétale par rupture spontanée de la tunique vaginale d'une hydrocèle.

Observation recueillie par M. Vauthier, interne du service de M. J.-L. Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de Genève (1).

Roth (Ulrich), 44 ans, couvreur, entre le 24 janvier 1881, dans le service de M. J.-L. Reverdin; sort le 24 février 1881.

Roth dit n'avoir jamais été malade ; en particulier il affirme n'avoir eu aucune affection vénérienne.

Il y a quinze ou seize mois environ que le malade s'est aperçu qu'il avait, dans la région des bourses, à droite, une tumeur peu volumineuse ; elle a graduellement augmenté sans lui causer de doulenrs, jusqu'au commencement de janvier. Depuis quinze jours, sans cause connue, sans traumatisme, la tumeur a pris tout à coup un développement beaucoup plus rapide ; elle aurait dans cet espace de temps, augmenté d'un tiers environ, du reste sans occasionner plus de douleur qu'auparavant.

Le jeudi, *20 janvier*, au soir, il était *assis tranquillement sur une chaise, quand, tout à coup, il a ressenti comme une piqûre dans les bourses ; il a vu que celles-ci gonflaient et changeaient de couleur ; en une demi-heure, elles étaient devenues rouges-bleuâtres ;* il s'est mis aussitôt au lit, mais, malgré le repos, la tumeur a encore augmenté de volume pendant la nuit et les jours suivants. Le docteur Sylvestre, appelé auprés de lui, constate, le 21 à deux heures de l'après-midi que les dimensions des bourses sont les suivantes :

De l'anneau inguinal au sommet de la tumeur, 30 centimètres.

De la racine de la verge au sommet de la rumeur, 18 centimètres.

Diamètre transversal, maximum 15 centimètres.

Circonférence, maximum 47 centimètres.

Le soir, le professeur Reverdin le voit avec le docteur Sylvestre et le fait entrer à l'hôpital.

Le 22. — Le volume de la tumeur s'est encore accru, voici ses dimensions à dix heures du matin :

De l'anneau inguinal au sommet de la tumeur, 33 centimètres.

De la racine de la verge au sommet de la tumeur, 21 centimètres.

Circonférence, maximum 50 centimètres.

La tumeur est piriforme et englobe toutes les bourses ; le raphé forme une ligne oblique qui partage la tumeur en deux parties ; à gauche du raphé, sous la peau infiltrée, on trouve le testicule qui paraît sain ; la partie droite est beaucoup plus volumineuse et forme le sommet ; elle représente une masse ovoïde qui ne s'arrête en haut qu'à l'anneau inguinal ; dans cette partie droite on constate une fluctuation exquise, on a même une sensation de flot par le tapotement ; la palpation révèle une mollesse élastique. Teinte ecchymotique, bleuâtre en avant, noirâtre à la partie

(1) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1883, t. I, p. 420 : De l'hydrohématocèle par rupture de la tunique vaginale, par L. Reverdin.

postérieure et sur le fourreau de la verge ; malgré le volume de la tumeur, la verge fait encore une saillie de 6 centimètres. Pas de transparence ; matité absolue à la percussion. Fièvre 38°1.

M. Reverdin procède immédiatement à l'opération.

Une incision de 12 centimètres est faite en avant et à droite et traverse les différentes couches du scrotum infiltrées de sang, on arrive dans une sorte de cavité remplie de sang et de caillots et tapissée en partie extérieurement par une membrane lisse, présentant l'aspect d'une mince lame fibreuse ; c'est surtout entre cette membrane et la tunique vaginale que les caillots se trouvent accumulés. Après les avoir rapidement enlevés, on voit s'écouler de la cavité vaginale un liquide séro-sanguinolent ; la tunique vaginale présente sur sa partie antérieure et moyenne un orifice à lèvres irrégulières, un peu noirâtres, qui permet l'entrée d'une des branches d'une paire de ciseaux ; l'ouverture est alors agrandie de haut en bas largement ; la tunique vaginale est épaissie ; le testicule est sain. Lavage de la cavité vaginale et de toute la plaie avec la solution phéniquée à 2 1|2 0|0. Nous ne voyons aucune branche artérielle d'où ait pu provenir le sang ; l'hémorrhagie paraît arrêtée. Ligature au catgut des artérioles coupées pendant l'incision et qui ont été saisies avec des pinces au fur et à mesure.

Sept sutures profondes traversant à la fois les deux lèvres de l'incision cutanée et les deux lèvres de l'incision de la tunique vaginale, quatre sutures superficielles, toutes faites avec le catgut, deux drains résorbables ont été placés jusqu'au contact du testicule.

Pansement de Lister.

La quantité de liquide évacué se monte à 1500 grammes environ. Le patient a très-bien supporté l'opération sans anesthésie.

Un petit lambeau de la membrane qui limitait en dehors la masse du sang et des caillots a été réséqué pour être examiné ; à l'œil nu elle a l'aspect d'un tissu fibreux, nacré, comme une aponévrose mince ; l'examen histologique fait par M. le professeur Zahn a montré qu'elle était réellement constituée par du tissu fibreux.

Soir. — Pouls fréquent. Tempér. axilliaire 38°,8. Pas de douleurs.

23 janvier. — 38°,2. Le malade a mal dormi, et se plaint de la pression du pansement ; la verge est œdématiée, on débride le bandage à ce niveau. Soir, 38°,7.

Le 24. — 38°,4. Malaise, céphalalgie, urines chargées, pas d'appétit, deux paquets de sulfate de quinine de 0 gr. 25. Soir 39°3.

Le 25. — 38°,7. Même état, quatre paquets de quinine. Soir, 40°,3.

Le 26. — 39°,4. Premier changement de pansement ; les bourses se sont beaucoup dégorgées ; la plaie a très-bon aspect, la réunion paraît se faire. Pansement de Lister. Soir, 39°,7.

Le 27. — 38°,8. Soir, 39°.

Le 28. — 38°1. Second changement de pansement. La tumeur a encore beaucoup diminué, la réunion est faite, sauf au niveau des drains ; l'état général est bon, l'appétit et le sommeil sont revenus, on enlève les sutures superficielles. Soir, 37°,9.

Le 29. — 37°,1. Soir, 37°,9.

Le 30. — 37°,8. Soir, 38°,1.

Le 31. — 37°,6. Troisième changement de pansement. La diminution continue ; la réunion est définitive ; au niveau des drains, bourgeons charnus recouverts d'une couche fibrineuse ; état général très-bon. On enlève les sutures profondes. Soir, 38°.

1er février. — 37°,6 ; soir 37°,6.

Le 2. — 37°,1 ; soir 37°,2.

Le 3. — 37°,4 ; soir 37°,3. Depuis lors l'apyrexie continue jusqu'à la sortie du malade.

Le 4. — Dernier pansement de Lister ; il s'écoula une petite quantité de pus clair au niveau des drains.

Le 8. — Le pansement est fait avec un simple suspensoir ; la suppuration, très-légère, diminue rapidement ; le 15, on constate que le testicule paraît encore gros, mais a diminué et n'est pas douloureux, le malade se lève depuis quelques jours, et se trouve très-bien.

Il sort le 24. La cicatrisation n'est pas encore absolument complète, mais il est très-bien du reste, les bourses à droite ont encore presque le volume du poing.

Quinze jours après, la cicatrisation était complètement terminée. Depuis lors l'opéré que je viens de revoir s'est toujours bien porté ; il n'a jamais rien ressenti du côté des bourses ; la cicatrice est souple, le testicule mobile, normal ; il n'y a pas trace d'induration, ni d'épanchement (17 janvier 1883).

Il est à noter que malgré l'élévation de la température, il n'y a eu aucune trace de septicité locale ; mais il y avait beaucoup de sang infiltré dans les tissus ; c'est sa résorption qui explique, peut-être, l'élévation de la température, quoique ce sang ne se soit pas altéré ; du reste avant l'opération nous trouvions déjà 38°,1 et cela vient à l'appui de notre supposition.

Observation CI (Résumée).

Case of Cure of Hydrocele by the spontaneous Rupture of the Sac into the surrounding cellular tissue.

Par Foster. (1)

Un homme de 58 ans, robuste, était porteur d'une hydrocèle, remontant à un coup reçu il y a 7 ans, et plusieurs fois ponctionnée. — Après la dernière ponction, la tumeur prit un développement énorme et rapide et un soir, à peine couché, le malade ressentit une sensation de déchirure dans les bourses avec une douleur tellement vive que, pendant cinq minutes, il resta anéanti et faible. — Cette douleur diminua rapidement, et le patient remarqua alors seulement l'œdème des bourses et de la verge, *pas d'ecchymose, mais simplement une couleur sombre*, sensible surtout au prépuce. — Guérison consécutive de l'hydrocèle.

---

(1) Foster. — In : *the Lancet*, Londres, 1879, II, p. 871.

Observation CII

Hydrocèle de la tunique vaginale et hématocèle spontanée extra-vaginale. — Opération en deux temps. — Guérison.

Par Rozan, Médecin de l'Hôpital Militaire de Briançon. (1)

Le 10 mars 1862, le nommé P..., des environs de Fenestrelles (Piémont), âgé de 57 ans, d'une constitution robuste avec tempérament sanguin, atteint depuis dix-huit mois d'une tumeur considérable au scrotum, survenue sans cause connue et s'étant développée insensiblement de bas en haut, vint à Briançon, dans le but de consulter un médecin français et de se faire opérer au besoin, après avoir consulté plusieurs médecins piémontais, dont le diagnostic divergent ne pouvait le satisfaire. Soumis à un examen minutieux, je notai les caractères suivants :

Tumeur scrotale gauche, volumineuse, piriforme, à grosse extrémité en bas, dure, élastique, résistante, partout unie, sans bosselures ni inégalités, non fluctuante, irréductible, sans changement de couleur à la peau et pas autrement douloureuse que par son poids et la gêne occasionnée durant la marche. Placée dans un lieu obscur, entre l'œil et une bougie allumée, présentant une transparence parfaite dans toute sa partie antéro-inférieure et une opacité absolue à la partie postérieure, ainsi qu'en avant et en haut où le testicule refoulé donnait au malade, sous la pression du doigt, la sensation caractéristique. J'eus beau tendre la peau, isoler et faire saillir les bourses, afin de mieux faire tomber perpendiculairement les rayons lumineux sur leur surface, je ne pus parvenir à constater la moindre transparence en arrière.

Le doigt, promené en pressant sur tous les points opaques, ne percevait qu'une sensation de résistance propre aux tumeurs liquides, sans duretés ou modosités particulières. Cette circonstance, sur laquelle je dus m'appesantir tout en m'expliquant l'incertitude des confrères qui m'avaient précédé dans l'examen de cette tumeur, ne laissait pas que de m'embarrasser. Cependant, après avoir mûrement analysé tous les signes, interrogé les commémoratifs du malade, je ne tardai pas à arriver, par voie d'exclusion, à un diagnostic sinon certain, du moins assez nettement défini, dans mon esprit, pour oser prendre une détermination. Convaincu que, selon toute probabilité, cette opacité tenait à la coexistence d'une hématocèle contenue dans une poche séparée et indépendante de celle de l'hydrocèle, je commençai par opérer celle-ci, en faisant une ponction avec le trocart en avant et en bas, me réservant ensuite, cette partie de la tumeur une fois vidée, de vérifier de plus près mon diagnostic et d'agir selon les circonstances.

La canule une fois retirée, environ deux verres de sérosité limpide et citrine s'écoulèrent de la première poche, après quoi le jet s'arrêta brusquement, bien que la tumeur ne fût réduite qu'à la moitié environ de son volume. En vain cherchai-je à la malaxer, à promener la canule en divers sens, à déboucher son orifice à l'aide d'un stylet, rien n'y fit. Examinant alors attentivement cette portion de tumeur

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 114.

restante, je la trouvai molle, fluctuante, à parois minces et lisses, souples et opaques. Le testicule, descendu au niveau de la canule sur laquelle il reposait, était sain et glissait aisément de bas en haut.

Ainsi confirmé dans mes prévisions, je pris le parti de pratiquer une injection d'iode et d'eau, à parties égales dans la tunique vaginale. Cela fait, je traversai la poche postérieure à l'aide d'une longue aiguille armée d'une mèche à séton, dans l'espoir d'y développer une inflammation qui, peut-être, déterminerait la résorption du liquide. Au bout de quatre jours le scrotum étant devenu très-volumineux, très-dur, pesant, rouge et chaud dans toute sa surface, j'enlevai le séton, et ordonnai des fomentations émollientes. Le dixième jour, bien que le volume des bourses n'eût pas sensiblement diminué, mon malade, s'obstinant à partir et à rejoindre son village et sa famille, me remercia de mes soins et me promit de revenir en cas de non-guérison, ou de m'écrire dans le cas contraire.

Il revint vers la mi-juin porteur d'une tumeur aussi considérable que la première fois, mais plus dure, plus consistante, plus lourde, moins élastique, également indolore, et absolument opaque.

La peau, beaucoup moins tendue en avant que sur les autres points, permettait de saisir le testicule et de le faire glisser de bas en haut. La situation de cet organe au fond des bourses, ajoutée à l'opacité de toute la tumeur ne pouvait donc me laisser aucun doute et sur la guérison de l'hydrocèle, et sur le développement de l'hématocèle.

Sûr d'avoir affaire à une hématocèle à parois minces et souples, au premier degré décrit pas Gosselin, je n'hésitai pas à recourir à la ponction et aux injections iodées.

Le liquide retiré était d'une couleur brune, lie de vin, ressemblant pour la consistance à de la melasse, sans grumeaux ni caillots, et d'ailleurs assez fluide pour fournir un jet ininterrompu à travers la canule. Sa quantité remplit deux verres ordinaires.

Cette évacution faite, la tumeur se trouva complétement vidée et le scrotum ramené à ses conditions normales. L'injection fut alors pratiquée et maintenue environ cinq minutes dans l'intérieur de la poche.

Au bout de six jours, malgré l'inflammation survenue, inflammation d'ailleurs régulière, malgré mes instances, mon malade, de nouveau pressé de regagner ses pénates, se mit sur une charrette et voyagea ainsi pendant deux jours.

Le 30 juin, il m'écrivit qu'après avoir beaucoup souffert en route, sa tumeur devenue plus grosse, plus chaude, plus douloureuse, avait fourni, le lendemain de son arrivée, par l'ouverture du trocart, environ un demi-litre de sang putréfié, ce qui l'avait grandement soulagé et que, finalement, à force d'avoir diminué chaque jour depuis cette époque, elle avait complètement disparu.

Plus tard, pour être plus sûr de ce résultat, j'ai demandé de nouveaux renseignements qui n'ont fait que corroborer les premiers.

Réflexions. — Comment s'est formée cette double tumeur ? quel en était le siège respectif ? Telles étaient les questions que j'ai dû naturellement me poser.

En l'absence de toute cause traumatique, doit-on admettre qu'à la suite de l'hydrocèle, la tunique vaginale déchirée a formé une seconde poche dont l'ouverture de

communication s'est ensuite fermée et que du sang épanché des bords de la déchirure, ou mieux, exhalé de la surface intérieure de la pseudo-membrane, a ensuite remplie et progressivement agrandie ? Ou bien est-il rationnel de supposer que, sous l'influence d'un effort, d'un choc passés inaperçus, ou par suite des tiraillements résultant du poids de l'hydrocèle, l'hématocèle s'est développée en dehors de la tunique vaginale, entre celle-ci et la tunique fibreuse ?

Quoiqu'il en soit, la surface unie, lisse et régulièrement ovoïde de cette tumeur, l'absence d'inégalités et de lignes de démarcation, la coexistence de deux poches distinctes, indépendantes, sans communication entre elles et contenant des liquides complètement différents, m'ont paru à tous les points de vue être des circonstances assez intéressantes et assez rares pour mériter d'être mentionnées.

Comme Rozan, nous sommes incertain sur l'étiologie véritable de cette tumeur sanguine, surajoutée à une hydrocèle. Il est possible qu'une rupture se soit produite dans la vaginale ; le sang extravaginal se sera enkysté, alors que le sang intravaginal se sera résorbé. Ou bien une des nombreuses veines qui sillonnent la face externe de la vaginale se sera rompue et aura donné naissance à ce kyste sanguin placé entre la vaginale et la fibreuse. — En effet, le siège de cette poche sanguine n'était pas dans le dartos, car le sang, comme nous le montrent presque toutes les observations et comme le démontrent les injections artificielles dans le tissu cellulaire du scrotum, le sang se porte toujours en bas et en avant du testicule, tandis que, dans ce cas particulier, la bourse gauche était divisée en deux parties par une cloison verticale et parallèle à l'abdomen ; en avant l'hydrocèle vaginale, en arrière l'hématocèle pariétale.

Observation CIII

Hématocèle pariétale par rupture d'une hématocèle vaginale pseudo-membraneuse.

par Dénucé, professeur à Bordeaux (1).

Un malade présentait depuis deux ans une hématocèle scrotale et ne s'en préoccupait pas. Un jour, il est réveillé en sursaut, sent un craquement dans sa tumeur et s'aperçoit qu'il existe une vaste ecchymose couvrant tout le scrotum. Effrayé alors, il entre dans le service de Dénucé à l'Hôpital-Saint-André. Dénucé diagnostiqua une hémotocèle avec érosion de la pseudo-membrane et transfusion d'une certaine quantité de sang dans le tissu cellulaire du scrotum. L'opération fut pratiquée et la décortication opérée facilement (ponction, incision, décortication).

Le malade sortit complètement guéri.

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 223. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 2e série, t. II, 1861, page 277.

Ce cas est rapporté trop brièvement pour être bien démonstratif. Il semble qu'il s'agit d'une rupture d'une hématocèle spontanée de la vaginale ; mais le siège de l'épanchement extra-vaginal, dont l'existence est rendue certaine par l'ecchymose, n'est pas signalé ; et il n'est pas question, à propos de l'opération, de la rupture qui a dû probablement se faire dans la vaginale épaissie. Dénucé ne parle, en effet, que *d'érosion* de la pseudo-membrane.

Observation CIV

Sur une forme peu commune d'Hématocèle du scrotum, du côté droit.

Par le Docteur Thomas Annandale (1).

Le 10 octobre dernier, je fus appelé auprès de M. X..., âgé de 60 ans, qui ne pouvait plus uriner. J'eus beaucoup de peine à introduire la sonde, grâce à la présence d'une volumineuse tumeur du scrotum. En m'enquérant sur l'origine de cette tumeur, j'appris que vingt-sept ans auparavant, le malade avait été opéré d'une hydrocèle du côté droit. Il était resté toujours une grosseur après l'opération, mais depuis quatre ans elle s'était considérablent accrue, à la suite d'un *coup sur le testicule* et n'avait pas cessé dès lors d'augmenter.

A l'examen de la tumeur, il était facile de voir qu'elle siégeait dans le scrotum, du côté droit de cette enveloppe. Elle était aussi grosse qu'une tête d'adulte et se séparait en deux portions : l'une, représentant probablement la tunique vaginale du testicule droit épaissie, contenait du liquide et formait la poche antérieure ; l'autre, située en arrière et en-dedans, avait deux fois le volume de la précédente et occupait tout le périnée, ainsi que la partie interne de la cuisse droite. Les deux parties de la tumeur étaient intimement reliées ensemble et l'une semblait être l'expansion de l'autre. On pouvait percevoir de la fluctuation dans toute la tumeur, mais cette sensation était plus nette dans la poche la plus large ; l'autre, grâce à l'épaississement presque cartilagineux de ses parois, donnait plutôt l'idée d'un sac presque complètement osseux et solide ; rien de semblable ne se sentait dans la grosse tumeur.

Le cas me semblant réclamer une intervention chirurgicale, je fis venir le malade à l'infirmerie et, le jour suivant, je fis une ponction dans la grosse tumeur, d'où sortirent 30 onces d'un liquide brun, grumeleux, manifestement hématique. A la suite de l'opération, le gonflement diminua de moitié ; mais, comme l'épaississement de la tunique vaginale me paraissait réclamer l'ablation complète de la tumeur, je me décidai à la disséquer ainsi que le testicule. Les trois premières semaines, tout marcha pour le mieux ; puis survinrent des accidents infectieux, de la fièvre hectique et le malade mourut.

---

(1) *Edimbourg Medical Journal*, 1873, p. 714. — *Archives générales de médecine*, 1873, page 489.

La dissection de la tumeur révéla les particularités suivantes : la petite portion était formée par *la tunique vaginale très-épaissie et infiltrée sur quelques points de sels calcaires.* La surface interne de cette cavité, qui contenait plusieurs onces de liquide brun et des débris de caillots sanguins altérés, était tomenteuse et tapissée de plusieurs couches fibrineuses stratifiées, analogues à celle des vieux sacs anévrysmaux. Le testicule, de volume normal, était situé au tiers inférieur de la paroi postérieure de la cavité.

La grosse portion de la tumeur renfermait un liquide identique à celui de la petite pertion. Elle était constituée par une *poche qui communiquait à la tunique vaginale par une ouverture assez large pour introduire aisément le doigt.* Cet orifice était situé sur la paroi interne de la tunique vaginale, vers son milieu, et semblait le résultat d'une rupture de cette dernière ; car *ses bords étaient irréguliers, déchiquetés et légèrement renversés au-dehors.* La paroi de ce kyste était plus mince que celle de la tunique vaginale et ne présentait point de plaques calcaires. Elle était également tapissée par quelques couches de fibrine, mais beaucoup moins nombreuses. La cavité renfermait environ trois onces de liquide brunâtre et de nombreux grumeaux sanguins. Le kyste était absolument libre de toute connexion avec la tunique vaginale, sauf au point de communication ; à ce niveau, il s'était produit des adhérences de contact entre les deux feuillets externes des parois respectives. La couche interne de revêtement des deux poches était continue dans toute sa longueur.

L'auteur fait remarquer que la crétification et l'ossification des parois du sac ont eté signalées dans l'hématocèle par quelques auteurs, mais il est beaucoup plus rare d'observer la présence d'un kyste secondaire, comme dans le fait précédent. Curling a décrit une hématocèle en bissac, mais il s'agissait alors d'une tumeur enkystée sanguine du testicule. L'explication la plus probable de ce double kyste, dans le cas actuel, est la suivante : Depuis longtemps le malade portait une hématocèle de la tunique vaginale, consécutive à une hydrocèle. Sous l'influence du traumatisme, la séreuse se rompit et le second kyste se trouva formé à la façon des anévrysmes faux consécutifs.

Cette observation nous paraît suffisamment éloquente par elle-même, sans que nous ayons besoin d'insister sur son importance. Nous voici en présence de deux tumeurs, de nature absolument différente, communiquant l'une avec l'autre par une ouverture assez large pour y introduire aisément le doigt. C'est dans les parois de la poche vaginale qu'existait cette ouverture irrégulière, déchiquetée et à bords légèrement renversés en-dehors ; et ces parois étaient elles-mêmes très-épaissies et infiltrées sur quelques points de sels calcaires. Ce sont ces points infiltrés de sels calcaires qui ont permis la rupture de la vaginale à sa partie interne et moyenne. Le sang s'est échappé dans le tissu cellulaire où il a formé un kyste, qui était pourvu d'une paroi mince, tapissée de fibrine, sans dépôts calcaires.

Observation CV

Hématocèles intra-vaginale et extra-vaginale ne communiquant pas entre elles.

Par Velpeau. (1)

Un homme de 40 ans, bien constitué, s'est présenté à la Charité, portant au scrotum gauche une tumeur piriforme, volumineuse et dont le sommet se perdait vers le canal inguinal. Cette tumeur était indolente, sans changement de couleur à la peau ; elle était beaucoup plus lourde que n'est ordinairement une hydrocèle du même volume ; sa surface était assez égale ; la fluctuation n'y était pas évidente, elle n'était pas du moins franche ; on éprouvait plutôt la sensation d'un corps mou que celle d'un liquide. Cet homme avait depuis longtemps, au-dessus du testicule, un petit noyau du volume d'une noisette et tout à fait indolent. Ce petit noyau a pris de l'accroissement depuis un an.

Velpeau, sans se prononcer formellement sur la nature de cette tumeur, penchait plutôt pour une hématocèle que pour une hydrocèle ou une tumeur encéphaloïde ; une ponction exploratrice confirma ce diagnostic. Il sortit par la canule une petite quantité de sang et des caillots fibrineux. Il fallut faire une incision, afin de pouvoir détacher avec le doigt des morceaux de fibrine, qui adhéraient fortement aux parois du sac.

A l'aide de ces manœuvres, le scrotum fut presque entièrement vidé, à l'exception toutefois du sommet de la tumeur, séparé de la partie inférieure *par une sorte de collet ou d'étranglement*. Cette portion supérieure était molle, fluctuante ; une ponction en fit sortir d'abord une sérosité rougeâtre, puis du véritable sang un peu séreux ; la tumeur se trouva ainsi complètement vidée. Il y avait donc dans ce cas tout à la fois une hématocèle vaginale et une hématocèle du cordon du même côté, entièrement distincte et séparée de la précédente, fait très-rare, et dont il est assez difficile de s'expliquer l'existence coïncidente.

Nous nous croyons en droit de donner ici une explication de ce cas : l'hydrocèle vaginale s'est accrue peu à peu jusqu'à atteindre un volume considérable ; à un moment donné, une rupture s'est produite à la partie supérieure de la poche séreuse et le liquide, devenu sanguinolent par suite de cette rupture, ou déjà sanguinolent par vaginalite hémorrhagique, aura filé le long du cordon et se sera enkysté. Ce qui nous fait croire que c'était une poche accidentelle et non un diverticulum de la vaginale comme ceux décrits par Béraud, c'est d'abord l'absence de communication des deux tumeurs et ensuite la mollesse de la tumeur. Il est vrai qu'on pourra m'objecter que le malade n'a pas eu d'ecchymose et n'a pas eu cette sensation de déchirure qui accompagne la rupture de la vaginale. Mais je répondrai, en rappelant le cas de Thomas Annandale, où la

(1) In Jamain : *loc. cit.*, p. 112.

seconde poche s'était formée à l'insu du patient et n'avait pas non plus la même consistance que la tumeur vaginale.

II. — Rupture de la tunique vaginale par efforts musculaires.

Observation CVI

Hématocèle du scrotum par rupture d'une hydrocèle. — Ponction successive des deux poches. — Suppuration. — Guérison.

Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Heydenreich, par M. Froehlich, interne du service.

Bartenet (Jean-Baptiste), agé de 73 ans, de Scey-sur-Saône, journalier, entre le 14 mars 1890, à l'hôpital civil de Nancy, où il occupe le lit nº 11, de la salle I.

Antécédents nuls. Le malade a été aux colonies pendant 27 ans.

Depuis cinq ans la bourse gauche s'est mise à augmenter de volume ; — le testicule restait à la partie inférieure de la tumeur.

Il y a trois ans, pendant un travail pénible, le malade se sentit piqué dans sa tumeur comme par un coup de bistouri et il constata immédiatement après de l'œdéme du scrotum et du fourreau de la verge, *avec une plaque ecchymotique bien limitée à gauche.*

Le seul inconvénient que le malade ressente de son infirmitée est de la pesanteur et des tiraillements.

La tumeur est très-considérable, d'une capacité d'environ deux litres ; la verge a disparu et est remplacée par une dépression ombiliquée au fond de laquelle apparaît le gland. — La peau du scrotum est lisse, tendue, mais normale.

La tumeur semble se prolonger à gauche dans la cavité abdominale, à travers le canal inguinal. Une palpation attentive montre qu'il n'en est rien. Les éléments du cordon sont normaux.

La tumeur est fluctuante. — En palpant profondément, on sent, au-dessous d'une couche de liquide, une nouvelle poche, tendue, lisse. — Sur la partie antérieure de la grosseur, on sent, en partant de l'extrémité inférieure et en montant vers l'extrémité supérieure, un cordon noduleux, solide, dur, qui, passant à gauche de l'ombilic uréthral, plonge à son niveau, dans la profondeur et semble aller s'attacher à la partie inférieure de l'urèthre.

Le testicule droit est aplati, situé à la partie droite de la tumeur.

Le malade, avant son entrée, a eu de la fièvre, un frisson ; il tousse encore. On constate les signes d'une pneumonie de la base du poumon droit (probablement due à l'influenza). — T= 39°

Le 27 mars. — Ponction avec l'aspirateur Dieulafoy à la partie externe gauche du scrotum — On retire 400 grammes d'un liquide brun-jaunâtre, et quelques débris de fibrine ; ce n'est qu'une poche accessoire. — Seconde ponction sur le côté externe droit. On retire 950 grammes de liquide brun-chocolat. La poche s'était vidée; on sent à travers la peau sur le côté antéro-externe, une bride allant de la par-

tie inférieure de la tumeur jusqu'à la partie inférieure gauche de la racine du gland, mais à une certaine distance de celle-ci. A ce niveau la palpation révèle aussi l'existence de trois noyaux durs qui semblent attenants à l'extrémité de la bride dont nous venons de parler.

Dans la grande poche on sent un corps oval, du volume d'un fort testicule, absolument libre dans la cavité, donnant, quand on le fait frotter contre las parois internes de la poche, de la crépitation (c'est probablement un paquet de fibrine isolé).

Dans les jours qui suivent la ponction, le liquide se reproduit et la tumeur devient plus grosse qu'elle n'était avant la ponction, Le malade a des frissons répétés et des phénomènes de broncho-pneumonie. — La température oscille autour de 45°5.

5 avril. — Il s'est produit, à la partie antérieure de la tumeur, mais pas au niveau de la ponction, une ouverture parlaquelle s'écoule un liquide très-brun, fétide. — La température s'est abaissée à 37°.

7 avril. — Le liquide est devenu purulent. La tumeur a notablement diminué. — T= 36°5.

8 avril. — Incision de la tumeur au niveau de l'orifice spontané. Il s'en écoule du pus et des débris noirs de tissus sphacélés. Le doigt introduit dans la poche dont les parois sont épaisses, tombe sur une masse charnue, située à la partie supérieure de la poche. Cette masse a le volume d'un œuf de poule et présente à son centre un orifice dans lequel on peut introduire la pulpe de l'index et qui donne la sensation d'un col utérin entrouvert. Au fond de ce canal on sent une surface lisse, le testicule. Cette masse n'est donc autre chose que la poche interne formée par la vaginale, vidée et ratatinée.

14 mai. — On a laissé la poche s'éliminer par la suppuration ; l'écoulement est aujourd'hui peu abondant et la tumeur a considérablement diminuée. Il ne reste plus qu'un peu d'induration, surtout du côté du septum.

Observation CVII

Hématocèle pariétale par infiltration, survenue après la rupture d'une hydrocèle vaginale. — Incision de cette dernière. — Guérison.

Par Pelletan (1).

Un homme, d'un âge avancé, mais assez robuste, portait une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche : la tumeur, qui ne faisait que des progrès lents, n'incommodait aucunement le malade, lorsque celui-ci, voulant aider à rouler un tonneau, fit un violent effort et sentit la plus vive douleur dans l'aine : *le scrotum se tuméfia, devint noir et douloureux seulement vers son origine.*

Les émollients furent employés, puis les résolutifs et par suite ceux qui ont le plus d'énergie. Le scrotum parut un peu diminué et devint jaunâtre ; mais la tumeur restant tendue et d'un volume considérable, je me décidai à en faire l'ouverture dans l'intention de traiter l'hydrocèle radicalement, de satisfaire à la néces-

(1) Pelletan. — *Clinique chirurgicale,* tome II, p. 203. Article : épanchements de sang.

sité indispensable d'évacuer le fluide quelconque que la tumeur renfermait et même de faire la castration, si l'état du testicule commandait cette opération.

L'incision, que je prolongeai depuis le milieu du scrotum jusqu'à la partie la plus inférieure, donna issue à une prodigieuse quantité de sang en caillots. Soit que ce sang fût également mêlé à l'eau de l'hydrocèle, soit que celle-ci ait été en médiocre quantité, il ne fut pas possible de la distinguer du sang qui s'évacua ; le testicule touché à nu me parut sain.

En conséquence ayant évacué complètement la tumeur sanguine, j'en remplis le sac avec des bandelettes de linge fin et de la charpie : plusieurs jours se passèrent sans qu'on levât l'appareil et sans que le malade se plaignît. Au premier pansement, qui fut le sixième jour de l'opération, la peau du scrotum se trouva tuméfiée et enflammée ; la charpie de l'intérieur fut extraite sans peine ; le testicule était peu tuméfié.

De nouvelle charpie fut introduite dans la tunique vaginale et il n'y en entra pas la moitié de ce qui y avait été introduit la première fois ; la capacité de cette poche diminua ainsi rapidement par le resserrement de ses parois ; et, d'autre part, le testicule tendant à remplir cette capacité par le gonflement successif qui s'en empara, il fut bientôt impossible d'y rien introduire. L'intérieur de la tunique vaginale suppura peu ; il contracta adhérence avec la surface du testicule : celui-ci revint peu à peu sur lui-même et le malade fut guéri en moins de deux mois de sa double maladie, sans qu'aucun accident soit résulté immédiatement de l'ouverture de la tumeur sanguine. On peut attribuer ce succès, soit à ce que le sang étant renfermé dans un foyer sans communication avec le tissu cellulaire environnant a pu être complètement évacué, soit à ce que le foyer a été rempli de charpie et préservé par là de l'impression de l'air, tant sur lui-même que sur le peu de sang qui aurait pu y séjourner après l'évacuation de cette matière.

Observation CVIII

Hydrocèle suivie de la rupture de la tunique vaginale dans un effort, et d'un épanchement séro-sanguinolent dans le scrotum.

Observation recueillie par Th. Guibert, dans le service de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu. (1)

Un homme portait depuis longtemps une hydrocèle d'un volume considérable, et qui avait cessé de s'accroître, lorsqu'en *faisant un effort pour soulever une grosse pierre, il sentit cette tumeur tomber avec une espèce de craquement : et, bientôt après, les bourses se tuméfièrent et devinrent toutes noires.*

Le malade se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 18 septembre 1828. Dupuytren, l'ayant examiné, interpréta cet accident de la manière suivante. On sentait encore évidemment les restes d'une hydrocèle ; car, lorsqu'on pressait les.

(1) *Journal analytique de médecine et de sciences accessoires*, t. V, 1828, n° 13, page 166

bourses, on constatait l'existence d'une tumeur aplatie, fluctuante, formée par une portion du liquide qui avait demeuré dans la tunique vaginale. Cette membrane s'était rompue par suite de l'effort : le liquide qu'elle contenait s'était échappé en partie, avait brisé un grand nombre de cellules du tissu lamineux, dans lequel il s'était infiltré et avait causé la rupture de quelques vaisseaux sanquins. Il en était ainsi résulté un épanchement de sang dans les bourses, qui étaient prodigieusement distendues ; ce qui avait donné lieu à l'ecchymose qu'on observait.

Des applications résolutives furent faites sur la partie malade. Le 22, la tumeur était beaucoup diminuée. La sérosité et le sang épanché se résorbaient très-bien. On continua les pansements avec des compresses imbibées d'eau de sureau camphrée.

Le 28, les bourses n'étaient presque plus gonflées ; elles commençaient à recouvrir leur élasticité : il ne restait plus qu'un petit noyau d'induration.

Le 3 octobre, la tumeur disparut, après s'être amollie chaque jour, et le malade fut ainsi complètement guéri, seize jours après son accident.

Dans ce cas particulier la tumeur scrotale avait cessé de s'accroître, après avoir atteint graduellement un volume considérable. Ce n'est donc pas à la distension exagérée du sac qu'il faut attribuer sa fragilité, mais plutôt à une contexture nouvelle des parois qui étaient devenues friables, comme dans le cas d'hydrocèle guérie par l'incision et dont on a étudié l'aspect interne, cas rapporté par M. Reverdin, et dont nous donnons un résumé :

Hydrocèle droite, guérie par l'incision antiseptique.

Par le Docteur Aug. Reverdin (1).

Docteur W..., 32 ans, avait depuis très-longtemps une hydrocèle vaginale droite qui s'accrut très-lentement. Un service militaire de quelques mois fait dans l'artillerie, en 1881, rendit la tumeur plus considérable et plus douloureuse à cause des froissements des bourses contre le pommeau de la selle. Après ce service, la tumeur augmenta d'abord lentement, puis, tout à coup, prit un développement exagéré ; les bourses acquirent en peu de temps un volume égal à celui des deux poings. La peau du scrotum était tendue, amincie, et des douleurs plus ou moins vives se faisaient sentir, même au repos, dans le scrotum.

Le 7 décembre 1881, l'incision antiseptique pour la cure radicale de l'hydrocèle fut pratiquée avec plein succès. — *La vaginale était rouge et marbrée de plaques irrégulières d'un gris jaunâtre.*

N'est-ce pas aussi le cas de rupture de la vaginale rapporté par Gooch ? Ici encore la séreuse présente des signes évidents de phlegmasie chronique : tunique vaginale fortement épaissie et devenue presque cartilagineuse ; le testicule lui-même paraissait dégénéré, ressemblant à du foie putrifié.

---

1) J. L. Reverdin. — De l'Hydrohématocèle par rupture de la tunique vaginale. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1883, p. 491.

Observation CIX (Résumée).

Hydrocèle vaginale double accompagnée de quelques circonstances exceptionnelles ; castration d'un côté et cure radicale de l'autre, suivant la méthode décrite par Douglas (1).

A. de H..., âgé de plus 50 ans, alcoolique, fit un effort à la suite duquel il ressentit des douleurs dans les lombes et acquit une hydrocèle vaginale gauche, suivie bientôt d'une hydrocèle vaginale droite. Dans l'espace de trois ans, elles furent ponctionnées, la première cinq fois, la seconde quatre fois, soit avec le trocart, soit avec la lancette.

Environ deux mois après la dernière opération faite des deux côtes, quand les parties furent de nouveau considérablement distendues par le liquide, il tomba, étant ivre, de son cheval ; cet accident occasionna une *violente contusion et une ecchymose sur tout le scrotum avec une grande tension et une douleur dans le ventre.*

Des saignées répétées, des purgatifs doux et la méthode antiphlogistique eurent raison de ces accidents.

Quand les bourses furent de nouveau remplies, la ponction donna un liquide mêlé de sang pour un des côtés, ce qui me décida à faire la cure radicale le 24 août 1756.

En incisant les téguments et la tunique vaginale, je trouvai que *cette dernière était devenue presque cartilagineuse et avait près d'un demi-pouce d'épaisseur.* Le testicule lui-même paraissant dégénéré, ressemblant à du foie putréfié, je fis la castration, sans comprendre dans la ligature le cordon épaissi — La vaginale de l'autre côté fut excisée en partie ; le testicule était sain ; une pseudo-membrane fut éliminée par la suppuration.

C'est toujours cette dégénérescence de la tunique vaginale sur laquelle Mac Leod appelle l'attention dans une observation publiée en 1875 (2).

Observation CX

Hématocèle pariétale par rupture de la tunique vaginale.

Observation recueillie par M. Vaurher, interne du service de M. le professeur Jacques. L. Reverdin, à Genève (1).

Ducimetière, 45 ans, agriculteur, entre, le 22 février 1881, dans le service de M. J.-L. Reverdin, et sort le 14 mars.

---

(1) *Cases and practical remarks in surgery*, the second edition, by Benjamin Good, surgeon, vol. II, p. 229. Norwich, 1767. — A Case of an hydrocele of the tunica vaginalis ou each side, attented with some extraordinary circumstances, iu wich castration was performed on one side and the operation for the radical cure on the other, according to M. Douglas method described in his judicions treatise upon this subject. — Et : Reverdin, *loc. cit.*, p. 488.

(2) Mac Leod — Suppurated Hæmatocele ; thickened and degenerated tunica vaginalis ; removal of the latter ; recovery. — (Hématocèle suppurée ; epaississement et dégénérescence de la tunique vaginale ; ablation de cette dernière ; guérison). — In : *Indian medical Gazette*, Calcutta 1875, X, p. 125.

(3) In : J.-L. Reverdin, *loc. cit.*

Au printemps de 1878, le malade, qui dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, s'est aperçu, pour la première fois, que son testicule gauche devenait gros ; d'après lui, il aurait acquis en six jours le volume d'une poire. Il a consulté alors le docteur Mégevand, qui lui a conseillé la ponction ; il ne l'a pas acceptée. Quoique la tumeur le gênât dans son travail et lui causât des douleurs, une sensation de pesanteur et de ballottement dans le bas-ventre, il n'y a rien fait pendant deux ans.

L'année dernière, au printemps, le docteur Roussel a ponctionné la tumeur ; il en est sorti un liquide limpide, jaunâtre ; le malade est resté un jour au lit et a repris son travail Environ un mois après la tumeur a réapparu et grossi peu à peu ; elle a repris tout son volume.

Il y a douze jours, *en grimpant à un arbre, le malade a ressenti une douleur assez vive dans le testicule* ; il a été obligé de se mettre au lit ; *les bourses se sont tuméfiées et ont pris une coloration rouge-noire.* Le docteur Roussel est venu le troisième jour et a fait une nouvelle ponction ; il est sorti environ deux verres d'un liquide noir, épais, mêlé à un liquide clair. Deux jours après, la tumeur était aussi grosse qu'avant la ponction.

Le malade entre à l'hôpital, le 22 février, sur le conseil du docteur Ducellier.

Etat actuel. — Les bourses forment une tumeur volumineuse assez bien limitée, et s'arrêtant en haut au niveau de l'orifice inguinal gauche, elles présentent une teinte ecchymotique rouge-noire ; la fluctuation est plus nette ; la transparence est nulle. A droite, le testicule, facile à sentir, paraît normal. Les dimensions de la tumeur sont les suivantes :

De l'anneau inguinal au sommet de la tumeur, 17 centimètres ;

De la racine de la verge au sommet de la tumeur, 13 centimètres ;

Circonférence maximum, 33 centimètres.

L'opération est pratiquée le 24 février 1881. — Chloroforme. — Incision s'étendant de l'anneau inguinal au sommet de la tumeur en avant ; on divise les différentes couches du scrotum et l'on arrive directement sur le testicule qui se trouvait en inversion et dont la substance propre fait hernie à travers une courte incision faite dans l'albuginée ; je passe alors plus en dedans et j'arrive dans le foyer ; nous constatons que la vaginale présente une perforation à bords déchiquetés, irrégulière, de couleur foncée (j'en excise une partie pour l'examen ; malheureusement la pièce a été égarée). En-dehors de la vaginale, entre elle et la tunique fibreuse, se trouve une grande quantité de caillots noirs ; la cavité vaginale elle-même renferme un liquide clair, sero-sanguinolent, qui s'écoule completement, une ois la séreuse largement incisée. La surface interne de la vaginale est inégale : sur le testicule on observe un grand nombre de verrucosités de consistance dure que l'on excise.

Lavage de la plaie et de la cavité avec la solution phéniquée à 5 °/₀. On recoud la plaie de la tunique albuginée avec trois points de catgut.

Suture de la plaie au catgut ; les fils traversent à la fois la peau et la vaginale ; deux drains résorbables.

Pansement de Lister avec éponges compressives.

Pas plus que dans l'autre cas, nous n'avons trouvé le ou les vaisseaux qui avaient fourni l'hémorrhagie.

Le malade avait eu, le 23 février, 37°,5 le matin et 38°,1 le soir; le 24 au matin 37°,6. Le soir de l'opération il a 37°,9, pouls à 84, urines normales ; il se sent très-bien.

Le 25. — 37° ; le pansement comprime un peu trop, il y a de l'œdème de la verge, on débride le bandage. — Soir 37°,8.

Le 26. — 37°,3. On change le pansement ; la plaie a très-bon aspect, suintement très-modéré, état général bon, appétit bon. — Soir 37°,4.

Le 27. — 37°,1 le matin ; — soir 37°,6.

Le 28. — 37°,4 le matin; — soir 37°,7.

1er mars. — 37°,2 le matin. Pansement ; léger suintement sanguinolent : réunion par première intention ; les sutures sont tombées; on voit les drains remplis d'un caillot; la tumeur a notablement diminué et est moins dure. État général très-bon. — Soir 37°,4.

A partir de ce jour, la température n'a jamais dépassé 37°,6 le soir, ni 37°,3 le matin.

Le 5. — Pansement. Réunion complète, sauf au niveau des drains; ceux-ci ne fournissent qu'un suintement séro-sanguinolent, la tumeur diminue de volume et de consistance.

Le 10. — On remplace le pansement de Lister par un suspensoir rempli d'ouate salicylée; les drains ne sont pas encore complètement résorbés.

Le 14. — Le malade quitte l'hôpital; la tumeur présente encore un certain volume ; elle est beaucoup moins dure que quelques jours auparavant. La cicatrisation est terminée, sauf en deux petits points où l'on touche le bourgeon avec la pierre.

Je ne l'ai malheureusement pas revu depuis.

Observation CXI

Rupture d'une hématocèle vaginale, donnant lieu à une hématocèle pariétale. — Incision ; castration. — Guérison. — Réflexions.

Par M. Clément Lucas, de Londres (Guy's Hospital) (1).

J. R..., âgé de 63 ans, employé aux travaux du gaz, fut admis à l'hôpital de Guy le 9 décembre 1879 ; c'était un ivrogne.

Il nous dit que depuis quatre ans il avait une hernie du côté gauche, qui s'étrangla et fut opérée. Depuis lors il portait continuellement un bandage. Il nous donna un compte-rendu quelque peu vague des conditions antérieures de son scrotum ; cependant, d'après son dire, il était généralement volumineux, augmentait pendant la

---

(1) *The Lancet,* 1880, II, p. 299.

nuit et était plus gros du côté droit que du côté gauche. Jamais il n'avait subi de ponction.

Le 5 décembre, il tomba malade, eut des vertiges et fut incommodé par des flatuosités.

Le 6, pendant son travail, notre homme s'aperçut que son *scrotum commençait subitement à enfler*, et il fut obligé de quitter son ouvrage. Le scrotum continua à augmenter de volume durant toute la journée suivante et, dans la soirée du 9, ne pouvant pas marcher, il fut transporté à l'hôpital en cabriolet.

A son admission, *le scrotum était énormément distendu, raide, d'une couleur sombre, d'un rouge pourpre.* La tumeur atteignait le volume d'une tête d'adulte. M. Clément Lucas, appelé, se résolut à opérer sur-le-champ car il y avait danger evident que le scrotum ne s'escharrifiât. — Anesthésie chloroformique. — Incision de 6 à 8 pouces de longueur, du collet à la base du scrotum.

Une grande quantité de sang extravasé fut trouvé dans le tissu cellulaire du scrotum. La tunique vaginale, restant distendue par derrière, fut incisée avec soin. *Le sac vaginal fut trouvé considérablement épaissi, athéromateux en certains points, et contenant des plaques calcaires.* La cavité était distendue par des caillots de sang vieux et récent.

On essaya alors d'enlever la tunique vaginale épaissie et dégénérée. N'y arrivant pas, on enleva le testicule avec son revêtement après qu'une forte ligature eût été faite.

L'opération fut faite sous le spray phéniqué et on employa les pansements antiseptiques.

Le patient souffrit peu des suites de l'opération. Sa température resta normale jusqu'au 12, où elle monta dans l'après-midi à 101° Fahrenheit (38°,3 centigrade), mais redevint bientôt normale.

Le malade allait d'une manière satisfaisante, malgré une légère constipation et le 22 la plaie avait une surface granuleuse saine, avec légère suppuration.

Le 7 janvier, le patient fut autorisé à se lever pendant quelques instants. La santé générale était bonne. Il mangeait et dormait bien et ses intestins fonctionnaient régulièrement.

Le 4 février, la plaie était guérie et le malade sortait de l'hôpital.

Réflexions de M. Clément Lucas. — Ce cas était exceptionnel et difficile au point de vue clinique. Mais l'opération a servi à éclairer la pathologie

L'histoire du patient était à peine digne de foi car il nous dit d'abord qu'il n'y avait pas eu de gonflement antérieur, puis admit qu'il pouvait bien y en avoir eu un. L'opération prouva d'une manière décisive qu'une hématocèle existait depuis longtemps et que la rupture de celle-ci produisit cet énorme extravasation. — La cause première peut avoir été un coup depuis longtemps oublié ; il est aussi possible que le mal ai commencé insidieusement par rupture d'un vaisseau dégénéré. Quoiqu'il en soit, la cause immédiate est plus évidente : un nouvel épanchement sanguin s'est produit dans la vaginale et ses parois dégénérées cédèrent à la pression, d'où l'épanchement extra-vaginal.

Le traitement adopté mérite une explication. La castration était-elle nécessaire ?

J'affirme qu'il était prudent de la faire : le malade était vieux et dégénéré, le scrotum était fortement distendu et contenait beaucoup de sang capable de se décomposer. Le sac de l'hématocèle (vaginale pariétale) était en grande partie formée de substance cartilagineuse et calcaire par places. Il en était de même pour la *tunica vaginalis testis* (vaginale viscérale). En laissant ce sac en place après l'incision et l'évacuation des grumeaux (ce qui est l'opération ordinaire chez un jeune homme), le malade eût été exposé à de grands dangers d'escharre ou tout au moins à une suppuration prolongée. Je me décidai alors à nettoyer le scrotum des matières dégénérées. Forte ligature sur le cordon. Pansements antiseptiques.

Il est regrettable que M. Clément Lucas n'ait pas songé à rechercher l'endroit de la rupture vaginale, qu'il n'eût pas manqué de trouver dans une tunique considérablement épaissie, athéromateuse en certains points, et contenant des plaques calcaires. Car il nous semble évident que l'hématocèle pariétale n'avait été causée que par la rupture du sac trop distendu par l'arrivée subite d'une trop grande quantité de sang.

Mais ce sang d'où provenait-il ? M. Lucas ne dit pas que la surface interne de la tunique vaginale était tomenteuse comme elle l'est généralement dans l'hématocèle vaginale. Les parois étaient épaissies, athéromateuses et parsemées de plaques calcaires. Il est probable que cette dégénérescence aura atteint quelque vaisseau qui, en donnant continuellement du sang, a forcé les parois rigides du sac à crever et le liquide s'est répandu tout autour de la vaginale.

Observation CXII

Orchite uréthrale. — Vaginalite. — Rupture de la tunique vaginale. Suppuration.

Par M. Saint-Martin (1).

Deschamps (Anatole), 53 ans, mécanicien, entre le 7 mai 1883 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, lit n° 38. C'est un homme robuste, d'une bonne santé habituelle ; il a eu la blennorrhagie vers l'âge de 20 ans. L'écoulement a duré, cette première fois, pendant quelques mois.

En 1871, nouvelle poussée de blennorrhagie. Cette dernière a duré très-longtemps, n'a jamais été complètement guérie ; l'écoulement reparaît de temps en temps.

La miction n'est pas embarassée, elle n'est pas cependant tout à fait normale. Le malade se lève la nuit deux ou trois fois pour uriner et cela depuis quelques années. Dans les efforts de miction, le jet se fait attendre quelques instants, l'écoulement de l'urine est moins fort, dure plus longtemps qu'autrefois. Le jet n'est pas deformé, il est poussé moins loin. Jamais il n'y a eu de rétention d'urine

(1) Saint-Martin. — *Loc. cit.*, p. 40.

Il y a six semaines, une des bourses a gonflé, la droite. Le testicule du même côté était très douloureux, élancements et pesanteur. Le docteur Süss constata un *épanchement transparent dans la tunique vaginale* et donna le conseil de garder le repos au lit et d'appliquer des cataplasmes.

Le malade était alité depuis huit jours, quand il y a de cela une quinzaine, *en faisant un effort* pour remonter sur son lit, *il sentit un craquement dans la région malade*, craquement *accompagné d'une douleur peu violente.* A partir de ce moment *le gonflement augmenta rapidement : deux jours plus tard*, M. Süss constatait une *ecchymose* de toute la partie antérieure des bourses du côté droit ; *la transparence de l'épanchement avait complètement disparu.*

Le 7 mai. — Jour de l'entrée à l'hôpital, la région malade présente l'aspect suivant : Bourse droite volumineuse, régulièrement arrondie sauf un point déprimé sur sa face antérieure. Peau rouge, œdémateuse, fluctuation manifeste de la partie supérieure de la tumeur; à la partie inférieure, il existe une induration notable. Sur la ligne médiane, la région de la cloison donne la sensation d'une masse dure. Le cordon est gonflé, un peu douloureux au-dessus des bourses. Le toucher rectal indique une prostate normale. Léger mouvement fébrile le soir.. Perte d'appétit depuis l'accident. Diagnostic : Vaginalite suppurée, consécutive à une rupture de la tunique vaginale chez un individu atteint déjà d'orchite aiguë et d'épanchement dans la séreuse testiculaire. Le malade reste quelques jours en observation.

Le 11 mai. — Une ouverture spontanée se fait à la face antérieure des bourses, vers l'origine du cordon. Une quantité considérable de pus séreux s'écoule par l'ouverture.

12 mai. — M. Peyrot qui remplaçait alors M. le professeur Richet, incise largement la tunique vaginale avec le bistouri. On constate alors que toute la face interne de la vaginale est couverte de bourgeons charnus. Le testicule et l'épididyme forment une masse volumineuse adhérente à la partie antérieure de la séreuse. — Lavages avec l'eau phéniquée à 1/40. Pansement avec la tarlatane phéniquée. Le pansement est renouvelé tous le jours.

16 mai — La suppuration diminue ; bon aspect de la plaie ; état général très-bon.

1er juin. — La plus grande partie de la cavité s'est fermée par adhérence des parois.

9 juin. — Sortie de l'hôpital. — Il ne reste plus qu'une petite plaie au niveau de l'incision.

12 juin. — Le malade se présente le matin dans le service, il est à peu près complètement guéri.

Observation CXIII

Hydrocèle vaginale. — Rupture de la tunique vaginale. Reproduction de l'épanchement.

Par Saint-Martin (1).

Lebourot (Charles), 46 ans, journalier, entre le 17 mai 1883 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, lit n° 29 *bis*.

Bonne santé habituelle.

En 1874, plaie du front par un coup de pied de cheval. Il fut soigné à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Périer. Venu à Paris à 16 ans, en 1853, il s'est marié à 23 ans, a eu quatre enfants ; un seul survit.

En 1871, pendant le siège, le malade, de service sur les remparts, s'exerçait un jour avec ses camarades à soulever des affûts de canon. Il sentit, raconte-t-il, un craquement dans l'une de ses bourses, qui se mit à gonfler immédiatement après. Il ne se souvient pas que les bourses du côté malade fussent, avant l'accident, plus grosses que celles du côté opposé. En tout cas, un an plus tard, il était soigné à Beaujon par Dolbeau pour une hydrocèle. On lui fit une ponction et on retira 275 grammes de liquide transparent. La ponction fut suivie d'une injection de vin et, au bout de cinq jours, le malade sortit guéri.

Il y a trois ans, le même malade, conduisant une voiture à bras, fit un effort violent pour s'arrêter dans une descente. Il sentit de nouveau ce qui s'était produit en 1871, même douleur et dans le même côté des bourses. A partir de ce jour, un nouveau gonflement s'est produit. Aucun examen médical de la tumeur n'a été fait immédiatement. Il y a huit jours, elle était encore assez volumineuse pour gêner le malade dans sa marche. La veille de l'entrée à l'hôpital, *en se levant brusquement, le malade sent comme une déchirure dans sa tumeur qui diminue subitement de volume.*

19 mai. — Etat actuel : *Léger œdème de la bourse gauche, ecchymose des deux tiers supérieurs de la peau* de la même région. Pas de liquide vaginal, peu de douleur. Cordon normal. Pas de varicocèle.

Diagnostic : — Rupture spontanée de la tunique vaginale distendue par un épanchement.

25 mai. — L'ecchymose, qui a diminué peu à peu, a complètement disparu. Le malade a gardé le repos jusqu'à ce jour. — L'épididyme et le testicule sont sains, aucune trace d'induration. Le malade nie d'ailleurs avoir jamais eu la chaude-pisse.

1er juin. — Sortie de l'hôpital : la guérison est complète.

13 juin. — Nous avons revu le malade : un épanchement sérieux, peu abondant, s'était reproduit.

---

(1) Saint-Martin. — *Loc. cit.*, p. 42.

III. — Rupture traumatique de la tunique vaginale.

Observation CXIV

Hématocèle du scrotum et du cordon produite par rupture d'une hydrocèle, dans un très-léger effort.

Observation recueillie par Gougeon, interne à l'hôpital Saint-Louis (service de Malgaigne (1).

Le 11 mai 1848, est entré, au n° 41 de la salle Saint-Augustin, le nommé Duhaut, doreur, âgé de 54 ans. Cet homme raconte qu'il n'avait jamais été malade, lorsqu'il tomba sur le dos, il y a sept ans. Quinze jours après cette chute, il remarqua qu'il portait, dans le scrotum et du côté droit, une tumeur grosse comme une noix, qui lui occasionnait quelques douleurs, quelques tiraillements dans l'aine. Sur l'avis d'un médecin, le malade porta un suspensoir ; mais la tumeur n'en augmenta pas moins de jour en jour de sorte que, quatre ans après, elle était grosse comme un œuf d'oie. Depuis cette époque elle n'avait plus fait de progrès jusqu'au 10 mai 1848.

Ce jour-là, le malade s'étant baissé pour ramasser une pièce de monnaie, ressentit subitement un petit craquement non douloureux et qui fut même suivi d'un certain bien-être. Au bout de cinq minutes, ayant éprouvé le besoin d'uriner, il s'aperçut, à son grand étonnement, que *sa verge était d'un rouge noirâtre*. La tumeur n'avait pas augmenté de volume, la verge n'était pas non plus changée de forme ; mais le lendemain la verge avait pris un accroissement de volume assez considérable et la tumeur des bourses était devenue aussi beaucoup plus grosse, quoiqu'elle fût restée indolente.

Lors donc de son entrée à l'hôpital, il présentait dans le scrotum et à droite, une tumeur grosse au moins comme les deux poings, molle, bleuâtre surtout en dessous, sillonnée de veines fortement dilatées, indolente à la pression, si ce n'est en bas et un peu en arrière et en dedans où la pression déterminait une douleur semblable à celle qu'occasionne la pression du testicule sain.

Le malade fut tenu au lit, les bourses soutenues convenablement et sans cesse recouvertes de cataplasmes émollients. Les douleurs s'apaisèrent rapidement, la tumeur diminua aussi en prenant plus de consistance. Le 16, elle n'avait plus que le volume du poing. Manifestement il y avait un liquide renfermé dans la tunique vaginale. Malgaigne donna un coup de trocart et fit sortir un liquide noirâtre, sanguinolent. La tunique vaginale ainsi vidée, on put s'apercevoir qu'il existait au-dessus une autre tumeur qui gardait toute sa tension. Le malade fut maintenu au lit, les cataplasmes continués et, au bout de deux jours, la tumeur inférieure s'était reproduite.

Qu'était-ce cependant que la tumeur supérieure ? Existait-elle d'ancienne date et était-ce un kyste du cordon par exemple ; ou bien était-ce une accumulation de sang récente et produite par la rupture des vaisseaux ? Avant de procéder à d'autres moyens, Malgaigne essaya durant quelques jours les lotions avec la teinture d'iode,

---

(1) *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1848, t. IV, p. 180.

qui ne firent rien ; puis la compression avec des bandelettes agglutinatives, qui amenèrent assez promptement une notable diminution de la tumeur. On était donc fondé à espérer un succès peut-être complet lorsque, le 23 juin, le malade fut obligé de quitter l'hôpital pour des affaires urgentes et nous ne l'avons pas revu depuis.

La cause de cette hématocèle est assez curieuse. On ne decrit comme produit par un effort que l'hématocèle limitée au cordon ; et ici non-seulement le cordon était pris, mais encore le scrotum, la verge et enfin le sang avait pénétré dans la tunique vaginale. Il est probable, d'après les commémoratifs, qu'il y avait antécédemment une hydrocèle et que cette hydrocèle aura été teinte de sang uniquement par filtration à travers la séreuse. Mais qu'était-ce que cette deuxième tumeur au-dessus de l'hydrocèle ? Un kyste du cordon de date ancienne ? Le malade s'en serait sans doute aperçu. Il est probable que c'était un épanchement de sang dans le cordon même, un de ces épanchements pour lesquels Pott et Boyer preconisent une large incision. Nous repoussons cette thérapeutique un peu trop expéditive et le repos et la compression nous paraissent devoir suffire dans le plus grand nombre des cas.

Ce cas, qui a quelques analogies avec celui rapporté par M. Berthold Flothmann, est assez curieux à étudier. Son auteur croit à la formation d'une hématocèle funiculaire qui aura teint en rouge le liquide de l'hydrocèle, *par exosmose*. Malgaigne soutenait donc déjà la même théorie que M. Desprès nous exposera, une trentaine d'années plus tard.

Nous estimons qu'il ne faut pas faire de ces affirmations purement gratuites, mais qu'il vaut mieux chercher à expliquer simplement les choses. Malgaigne pense à une hématocèle funiculaire. Pourquoi ? Il n'a pas même observé d'infiltration ou d'empâtement du cordon. Et ce n'est pas le propre d'une hématocèle funiculaire de colorer en l'espace de cinq minutes la verge et le scrotum en rouge-noir. Il n'y a que dans les infiltrations et dans les epanchements sanguins sous-cutanés considérables qu'on observe une telle rapidité de diffusion.

N'est-il pas plus simple d'admettre que la tunique vaginale s'est rompue (le craquement ressenti par le malade, en se baissant, en est la preuve) et que le sang, en se répandant dans la vaginale, aura produit une hydro-hématocèle et, en filant sous la peau, aura donné cette teinte ecchymotique si rapide tout en se collectant en foyer ? — Notons, en passant, les conseils de Malgaigne de ne pas faire de larges incisions dès le début, mais de temporiser.

Observation CXV

Hématocèles pariétale et vaginale succédant à une hydrocèle.

Par Astley Cooper (1).

On amena à l'hôpital de Guy un homme qui portait une hydrocèle ancienne sur laquelle il avait reçu un coup violent qui détermina une contusion du scrotum et une augmentation soudaine dans le volume de la tumeur.

La distension déterminant une vive douleur, je pratiquai immédiatement une incision qui donna issue à une grande quantité d'eau et de sang coagulé. La tunique, examinée intérieurement au moyen de cette incision, présenta une déchirure longue d'un à deux pouces et recouverte par un caillot.

Observation CXVI

Hématocèles vaginale et pariétale succédant à une hydrocèle vaginale.

Par Astley Cooper (2).

M. A..., portant déjà une double hydrocèle, se donna un coup contre le pommeau de sa selle, dans une chute que fit son cheval. Quoiqu'il eût éprouvé à peine quelque douleur au moment même de l'accident, le scrotum commença aussitôt à se tuméfier et acquit, dès le jour même, un volume énorme surtout dans les premiers instants qui suivirent la chute.

La tumeur était d'abord molle et dépressible, mais le jour suivant elle devint solide et résistante, ce qui provenait évidemment de ce que le sang, d'abord liquide, s'était ensuite coagulé au bout de quelques heures. *Le scrotum avait l'aspect ecchymosé d'un œil meurtri.*

Un chirurgien, consulté par le malade, prescrivit une application de sangsues, puis des cataplasmes dont j'ignore la composition. Il ordonna en outre des lotions évaporantes et fit recouvrir la partie contuse avec un emplâtre résolutif.

Le malade me consulta en mars 1828, un mois après l'accident. A l'époque à laquelle je le vis pour la première fois, les deux tuniques vaginales étaient distendues : celle du côté droit contenait une masse en partie solide et en partie liquide ; du liquide seulement était contenu dans celle du côté gauche.

Ayant plongé une lancette dans la tunique vaginale du côté droit, j'évacuai un liquide qui présentait d'abord l'aspect du sang veineux, mais qui, examiné avec plus de soin, était d'une couleur brun-chocolat. Un caillot volumineux resta dans la tunique vaginale et je crus reconnaître, autant que j'en pus juger, qu'il y avait en même temps un engorgement du testicule. Le liquide incolore fut évacué en totalité. Il n'avait aucune odeur désagréable ni fétide.

J'ai revu l'individu qui fait le sujet de cette observation plusieurs mois après

---

(1) Traité des maladies du testicule, in : *Œuvres chirurgicales complètes,* traduites par Chassaignac et Richelot 1837, page 191.

(2) Traité des maladies du testicule, — *loc. cit.*

l'accident. L'hydrocèle s'était reproduite des deux côtés ; et quoique certainement la partie solide eût diminué, cependant il en restait encore une quantité appréciable.

Voici, je pense, comment on peut se rendre compte des circonstances du fait qui vient d'être rapporté. Du sang s'étant extravasé se coagula d'abord en totalité ; ensuite il se sépara du caillot de la sérosité qui devint de plus en plus abondante tandis que, de son côté, le caillot alla en diminuant peu à peu.

Nous pensons qu'il y a une autre définition à donner de ce fait de la persistance à droite d'une tumeur solide à côté d'une hydrocèle. Pourquoi supposer une décomposition sur place du caillot en sérum transparent, d'un côté et en matière solide, de l'autre ? N'est-il pas plus simple de suivre les faits eux-mêmes ? Un traumatisme avec extravasation sanguine considérable produit la rupture de la tunique vaginale fortement distendue, d'où gonflement considérable et ecchymose du scrotum. La partie fluide se résorbe, la tumeur diminue, la déchirure vaginale se cicatrise et nous avons dès lors deux poches sanguines, l'une contenue dans la tunique vaginale et l'autre dans le tissu cellulaire du scrotum et probablement située sur le côté latéral de la vaginale.

Cooper donne un coup de lancette et pour cela il choisit naturellement le point le plus fluctuant ; il va sûrement ainsi dans la cavité vaginale, en exprime un liquide brun-chocolat et *laisse un caillot volumineux dans la vaginale.* C'est ici qu'est l'erreur, car il est probable qu'un caillot volumineux n'eût pas manqué dans la suite de colorer fortement un liquide épanché rapidement dans la tunique vaginale. Ce caillot devait donc être tout simplement une hématocèle pariétale par épanchement, appliquée contre la paroi vaginale.

Observation CXVII

Hématocèle consécutive à la rupture traumatique d'une hydrocèle.

Observation inédite communiquée par M. le Docteur Régnier, de Bouzonville.

Le nommé Tritz, d'Aidling, était porteur d'une hydrocèle sur laquelle il reçut un coup de pied. Il se produisit aussitôt une tuméfaction considérable du scrotum. Une ponction exploratrice ayant donné issue à du sang, le traitement par l'incision était tout indiqué. Le malade guérit parfaitement.

Observation CXVIII

Hématocèle pariétale par infiltration à la suite d'une rupture d'une hydrocèle double, d'origine traumatique.

Observation inédite due à l'obligeance de M. le Docteur Deneffe, Professeur à l'Université de Gand.

Je reçus, un matin, la visite d'un voyageur de commerce, âgé d'environ 60 ans. —

Atteint depuis plusieurs mois d'une hydrocèle double assez volumineuse, il avait été victime, la veille, d'un singulier accident. Il était en chemin de fer, le train roulait; il se leva et retomba brusquement sur le banc. Le pauvre homme s'assit sur ses bourses. Les tuniques vaginales distendues éclatèrent et le liquide séreux, mêlé à une grande quantité de sang, s'épancha dans le scrotum, la verge et la partie interne des cuisses. *Toutes ces régions étaient noires.* Le voyageur avait éprouvé une vive douleur au moment où l'accident s'était produit, mais elle s'était dissipée assez vite ; il n'en restait plus que le souvenir.

Je fis garder la chambre au malade pendant trois jours ; il resta étendu sur son lit ou sur des chaises, le scrotum enveloppé dans des compresses imbibées d'eau de Goulard.

Le quatrième jour, le patient était assez bien pour se remettre en voyage et rentra chez lui.

Il put, après cinq ou six jours, reprendre aisément son service. Plus rien ne le dérangeait. Pendant une vingtaine de jours les parties ecchymosées conservèrent une teinte différente de la normale, puis, peu à peu, la peau reprit partout sa couleur physiologique.

Tout rentra dans l'ordre. L'hydrocèle double ne reparut plus. Je pus le constater plusieurs années après.

Observation CXIX

Observation d'hématocèle pariétale par infiltration, après la rupture d'une hydrocèle.

Par Jean-Louis Petit (1).

Un cavalier du régiment des cuirassiers, ayant une hydrocèle, reçut un coup de pied de cheval sur le scrotum, qui creva le sac de l'hydrocèle et rompit quelques vaisseaux sanguins ; il fut mené à l'hôpital de Dinan, pays de Liége, où j'étais alors.

Les eaux et le sang des vaisseaux ouverts, épanchés ensemble, s'étaient infiltrés dans tout le tissu cellulaire du scrotum et de *la verge ; celle-ci devint grosse au point que l'ouverture du prépuce ne permettait qu'à peine la sortie des urines. En peu de temps l'ecchymose s'étendit fort avant sous la peau des cuisses et du ventre et la douleur, suite du coup, était très-considérable.* J'enveloppai toutes ces parties de compresses trempées dans de l'eau tiède animée d'eau-de-vie ; le malade fut promptement secouru par de nombreuses saignées et la douleur diminua : mais, quatre jours après, il survint inflammation et fièvre, ce qui m'obligea d'ouvrir le scrotum ; il sortit peu de caillots, mais une grande quantité de sang fluide, non qu'il eût conservé sa fluidité naturelle, mais parce qu'il était délayé par l'eau de l'hydrocèle : je trouvai difficilement l'ouverture par où les eaux s'étaient écoulées,

---

(1) *Bibliothèque chirurgicale*, 1837. Œuvres de J.-L. Petit, p. 730.

car elle n'était pas considérable et, de plus, elle était presque bouchée par un caillot. Ce fut par ce trou que j'introduisis une sonde creuse à la faveur de laquelle je passai un bistouri pour ouvrir le sac dans toute son étendue et j'évacuai une matière sanieuse, semblable à la précédente mais un peu plus fluide, parce qu'il était entré moins de sang dans ce sac qu'il n'était sorti d'eau. J'avais d'autant plus de raison de me servir de la sonde creuse pour conduire le bistouri que je ne doutais point que ce sac ne fût le *péritestès* et que, l'ayant ouvert, je dois trouver le testicule à nu, partie qu'il faut éviter, et dont la piqûre est souvent fâcheuse. Les accidents cessèrent, la suppuration s'établit et cette blessure fut conduite à parfaite guérison par les moyens ordinaires.

Observation CXX

Hydrocèle de la tunique vaginale. — Hématocèle. — Effusion du sérum dans le tissu cellulaire du scrotum et du pénis.

Par A.-G. Walter (1).

Robert Thompson, âgé de 55 ans, de Pittsburgh, cordonnier de son état, de bonne constitution, d'habitudes tempérées et robuste de santé, avait eu une hydrocèle de la tunique vaginale gauche, il y a quinze ans, qui avait graduellement acquis des dimensions considérables sans lui occasionner d'autres désagréments que son volume. On ne peut assigner aucune cause à son apparition. En décembre dernier, pendant qu'il travaillait, préparant au marteau un morceau de cuir de semelle sur une pierre posée sur son genou, la pierre glissa et frappa violemment le côté gauche du scrotum, produisant une violente douleur et une défaillance. Le shock néanmoins passa bientôt, mais non la douleur, et une tuméfaction progressive du scrotum se manifesta bientôt. Le soir, l'un et l'autre symptômes s'étaient aggravés; et dans la nuit, plus de douze heures après le traumatisme, je fus appelé à voir le malade. Je le trouvai souffrant de vives douleurs dans le scrotum, le cordon spermatique et la partie inférieure de l'abdomen.

Son pouls était faible et calme, les mains et les pieds froids; il avait du refroidissement de la surface du corps et des nausées. *Le pénis, le scrotum en entier, la région du cordon spermatique et du canal inguinal du côté gauche étaient très-tuméfiés; le scrotum était chaud et d'une teinte brunâtre,* comme érysipélateuse. La peau de toute la partie antérieure du scrotum, mais surtout à droite, celle du pénis, était ferme et indurée, la face postérieure du scrotum restant souple. La région inguinale gauche était très-tuméfiée et très-douloureuse mais la peau qui la recouvrait n'était ni infiltrée, ni altérée dans sa coloration.

Sachant que le malade avait eu une hydrocèle et apprenant qu'il était indemne de hernie, mais qu'il avait reçu un coup sur le scrotum, étant assis, il était naturel

---

(1) A.-G. Walter, chirurgien, Pittsburgh, Pensylvanie U. S. *British Medical Journal*, 1857, p. 524. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1883, p. 431

de supposer qu'il s'était fait une rupture de la tunique vaginale et que le liquide, renfermé dans sa cavité, s'était en conséquence infiltré dans le tissu cellulaire sous la peau du scrotum, du canal inguinal et du pénis. Cela devait expliquer le gonflement de ces parties, mais non le changement de la coloration de la peau de la partie antérieure du scrotum, qui était au moins double de celui qu'il présentait avant que l'accident ne fût arrivé. Il sembla qu'il n'y avait pas d'autre supposition plausible que celle d'une extravasation de sang, par rupture de quelques vaisseaux sanguins et infiltration de ce sang avec le sérum, dans la tunique vaginale du testicule (1) et dans le canal inguinal; ce qui fut vérifié pendant l'opération.

Il ne pouvait y avoir de doutes sur le traitement convenable dans ce cas. Il fallait soulager la peau du scrotum de l'excessive tension causée par l'accumulation de sérum et de sang, sous peine de mortification.

La tunique vaginale du scrotum et du cordon spermatique devait être ouverte; le sang extravasé et coagulé devait être évacué, sans quoi il s'ensuivrait une excessive suppuration ; et enfin, il fallait s'assurer du vaisseau qui donnait le sang, sinon il pourrait y avoir une extravasation de sang alarmante par sa quantité, avec gangrène du contenu du scrotum, le tout mettant en péril la vie du malade. On recourut à l'opération pour l'hydrocèle par incision du scrotum, partant au-dessous de l'aine et aboutissant au sommet du scrotum ; elle traversa la peau et *le tissu cellulaire qui fut trouvé infiltré de sérum et de sang coagulé.* La tunique vaginale, très-épaissie, fut alors divisée dans la même étendue. En l'ouvrant, plus d'une demi-pinte de sérum de couleur paille s'en échappa; mais la cavité ne s'affaissa pas vu la grande quantité de sang coagulé qui la remplissait, aussi bien que celle de la tunique vaginale, du cordon spermatique et du canal inguinal. *Lorsque le sang coagulé fut évacué, il se produisit un écoulement profus de sang frais, venant de l'ouverture d'une artère rompue de la tunique vaginale, que l'on trouva déchirée vers le raphé, l'ouverture laissant passer facilement le doigt dans le tissu cellulaire du scrotum.* A travers cette fente, le sang avait trouvé son chemin dans le tissu cellulaire de tout le scrotum et le pénis, donnant lieu à cette apparence brunâtre que présentaient ces parties. Le renouvellement de l'hémorrhagie avait été causé par l'enlèvement des caillots qui avaient joué temporairement le rôle d'un tampon sur le vaisseau saignant. Du lint placé sur le vaisseau et dans la plaie et une bande d'emplâtre adhésif encerclant le scrotum arrêtèrent l'hémorrhagie. Un opiacé donné au malade après l'opération amena un bon sommeil.

Les suites furent favorables, sans nouvelle hémorrhagie, avec une réaction ordinaire, avec une suppuration médiocre en temps voulu et une rapide disparition de la tuméfaction du pénis, de l'aine et du scrotum. La plaie fut fermée en six semaines et l'opéré fut en état de reprendre son travail.

Remarques. — Ce cas est particulièrement intéressant, non-seulement en raison de sa nature compliquée et des symptômes alarmants qui se produisent, mais aussi

---

(1) J.-L. Reverdin suppose que cette « tunica vaginalis testis » signifie la tunique fibreuse des Français, la « tunica vaginalis communis » des Allemands.

en raison des rapides succès donnés par une opération simple : l'incision du scrotum et de la tunique vaginale.

Observation CXXI

Subcutaneous Rupture of an Hydrocele — (Rupture sous-cutanée d'une hydrocèle.)

Par Frost (1).

Un homme de 40 ans souffrait depuis plusieurs années d'une hydrocèle qui n'a jamais été ponctionnée. Il reçut, un jour, un coup sur le scrotum ; dans un court espace de temps tout le scrotum augmente de volume ; trois heures après l'accident *les téguments du scrotum étaient œdématiés et noirs par suite du sang extravasé.* — On éleva le scrotum et on fit des lotions évaporantes. En dix jours le gonflement et l'ecchymose disparurent laissant les parties normales en apparence. — On ne revit plus le malade, de sorte que l'on ne sait si l'hydrocèle se reproduisit.

Observation CXXII

Hématocèle pariétale par rupture d'une hématocèle vaginale (chez un syphilitique).

Par Nélaton (2).

Une tumeur des bourses, vieille de sept ou huit mois, se rompit pendant une marche forcée et une ecchymose énorme apparaît au scrotum ; on ponctionne la vaginale d'où il s'écoule 80 grammes de sang ; le testicule est « engorgé, » indolore ; les membranes qui l'enveloppent sont épaissies. — On donne par dose ascendantes jusqu'à 20 grammes d'iodure de potassium par jour et la tumeur disparaît.

Observation CXXIII.

Hématocèle pariétale du scrotum par rupture traumatique d'une hématocèle vaginale.

Par Saviard (3).

Le 13 février 1697, je fus mandé dans la rue Tire-Chape, chez un courrier de Bordeaux, nommé M. Framboise, pour examiner une tumeur considérable qu'il avait dans la cavité droite du scrotum, accompagnée d'une tension très-forte,

---

(1) Frost. — In : *the Lancet*, Londres 1878, II, p. 843.
(2) Reclus, — Art : Hématocèle de la vaginale. — In : *Dict. encyclop. des sc méd.* (*Dechambre*), Paris, 1888, 4e série, t. XIII p 13.
(3) Saviard. — Recueil d'observations chirurgicales, Paris, 1874, p. 105

qui s'étendait depuis le pli de l'aine jusqu'à l'extrémité de la bourse ; en sorte que l'on ne pouvait sentir d'inondation (fluctuation) au toucher.

Cette tumeur, dont il me dit être incommodé depuis deux ans, était d'une couleur livide et s'était fort accrue en grosseur seulement depuis deux jours, que dans le divertissement d'une noce, étant monté derrière un carosse avec précipitation, il avait senti, à l'instant même, une grande douleur dans la bourse, qui lui avait fait appréhender une ruption et qui ne l'avait pourtant pas empêché de continuer son divertissement jusqu'au soir, que les douleurs augmentant de plus en plus, il fut obligé de se mettre au lit ; et un chirurgien de son voisinage qu'il envoya chercher, lui appliqua des herbes sur sa tumeur.

Je fus mandé le lendemain et je me trouvai fort embarrassé à bien juger ce qui pouvait être contenu dans cette poche ; car comme la tumeur partait du pli de l'aine, j'appréhendais qu'elle ne fût causée par la chute des parties contenues dans le bas-ventre, ou du moins qu'il n'y eût complication d'entérocèle, d'épiplocèle, de sarcocèle et d'hydrocèle, ainsi qu'il arrive dans les vieilles hernies. Cependant les signes de l'étranglement ne paraissaient point et la lumière opposée à la tumeur ne marquait la présence des eaux par aucune transparence.

Dans cette incertitude, un cours d'anatomie qui se faisait alors dans le voisinage de ce malade, me fournit l'occasion d'être assisté du conseil de M. Bessière, très-célèbre chirurgien, que je priai de jeter les yeux sur cette maladie, et il fut suivi de quelques autres chirurgiens.

Nous examinâmes la tumeur tous ensemble, qui parut à ces Messieurs, aussi bien qu'à moi, très-singulière, et dans la crainte que l'intestin n'y fût engagé, personne n'osait proposer l'ouverture, pendant que M. Bessière, qui examinait toujours la partie malade avec attention, découvrit, à l'extrémité de la bourse, un petit endroit où l'on sentait quelque peu de mollesse sous les doigts : il me conseilla d'y appliquer le cautère, me disant que son ouverture me donnerait jour pour connaître, certainement et sans danger, ce qui était contenu dans cette tumeur, et son sentiment fut généralement approuvé.

L'application du cautère ayant été faite bientôt après, je le relevai dès qu'il eut fait son opération. Ensuite, après avoir fendu l'escharre qui n'avait pénétré que jusqu'au dartos, je disséquai peu à peu cette seconde membrane de la bourse et j'arrivai bientôt à *la liqueur contenue qui était noirâtre et semblable à la lavure d'un sang corrompu.* Je dilatai après cela l'ouverture avec mes ciseaux ; *puis ayant introduit mon doigt dans le vide de la tumeur, je n'y trouvai aucune partie déplacée et je n'y sentais pas même le testicule,* parce qu'il était tellement flétri, et, pour ainsi dire, racorni par la salure des eaux, qu'on l'aurait pris d'abord pour un simple repli du dartos. Il sortit de la tumeur une bonne chopine de cette sérosité sanguinolente à laquelle le mélange du sang épanché dans la bourse, par la ruption de quelque petit vaisseau sanguin, dans le temps qu'il avait fait effort pour monter derrière le carrosse, avait fait changer sa couleur limpide en la couleur noirâtre qu'il avait pour lors.

Sur quoi il est bon d'observer que certaines hydrocèles sont plus aisément connues par la transparence des eaux et d'autres non, selon que les eaux ont plus

ou moins de mélange, une situation plus ou moins profonde ou que la peau de la bourse a plus ou moins de blancheur.

Ne trouvant donc aucun empêchement à continuer mon operation, j'étendis l'incision jusqu'à l'aine et je coupai ensuite les lèvres de la bourse trop allongees, qui n'auraient pu se réunir faute d'appui ; après quoi je pansai la plaie comme il fallait pour réprimer l'hémorrhagie et je continuai à la traiter dans la suite avec le digestif composé de térebenthine dissoute avec les jaunes d'œuf et l'huile d'hypericum, avec une dose suffisante de poudre de myrrhe, d'aloès et d'aristoloche ; le tout animé d'eau-de-vie. J'usai ensuite de l'onguent mondificatif d'Ache. Enfin, je desséchai et cicatrisai l'ulcère avec les médicaments convenables.

A l'égard du testicule que j'avais trouvé d'abord flétri et atrophié, il reprit sa vigueur et son volume ordinaire, à mesure que l'ulcère fut incarné et quoiqu'il parut tout entier hors de la plaie, dans le temps même que la cicatrice commençait à se former aux environs, il ne laissa pas de se renfermer au-dedans par le soin que j'eus de consumer les chairs superflues avec les cathérétiques : et le malade fut parfaitement guéri en moins de cinq semaines.

Saviard, sous le titre d'hydrocèle, nous donne un exemple bien net de rupture de la vaginale, à la suite d'un traumatisme. Pour nous, il est hors de doute que son malade était auparavant porteur d'une hématocèle vaginale ; en effet, il n'y a guère que dans cette affection que le testicule s'atrophie au point « d'être pris pour un simple repli du dartos. » Cette observation est en même temps un beau spécimen de régénération du testicule atrophié, à la suite de l'incision de l'hématocèle vaginale.

Voici donc une tumeur qui, en deux jours, devient très volumineuse, à la suite d'un effort pour monter sur un carosse. L'ecchymose de la peau indique que le sang de la cavité vaginale et des vaisseaux rompus s'était répandu sous le dartos. Il est donc probable qu'ici encore l'hématocèle vaginale a produit une friabilité spéciale de la tunique vaginale qui se sera rompue – sous un effort, dit Saviard ; — nous dirons qu'il y aura eu un traumatisme léger qui aura passé inaperçu, mais qui aura suffi pour produire ces désordres.

Observation CXXIV

Hématocèle pariétale du scrotum avec épanchement.

Par M. Desprès, chirurgien de l'hôpital Cochin (1).

Le nommé D..., Clément, âgé de 55 ans, garçon de pharmacie a l'hôpital Cochin, entre le 20 octobre 1880, dans le service de M. le docteur Desprès, salle Saint-Jacques,

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, t. VII, 1881.

lit numéro 13. Pas d'antécédents héréditaires à noter. Une de ses sœurs est morte phthisique.

Depuis une légère attaque rhumatismale qu'il a eue en 1858, il n'a jamais été malade. Il n'a jamais fait d'excès de boissons et a encore sa virginité. D'apparence débile, il porte, depuis deux ans, un engorgement des ganglions sous-maxillaires gauches. Au mois de février dernier, il s'est aperçu d'un gonflement du côté gauche du scrotum.

En quelques mois la tumeur a atteint peu à peu le volume du poing. A plusieurs reprises, chocs sur le scrotum. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, D... s'est donné un coup violent contre un corps dur et volumineux, et aussitôt a ressenti une violente douleur dans le scrotum. La douleur, qui avait disparu le soir, reparut plus intense le lendemain ; le scrotum avait augmenté de volume ; il était tendu et très-douloureux à la pression. En trois jours, le scrotum, uniformément tuméfié des deux côtés a plus que quadruplé de volume. Douleurs violentes qui forcent le malade à entrer à l'hôpital.

23 octobre. — Scrotum énorme, plus gros qu'une tête de fœtus, douloureux à la pression, tendu, lisse ; fluctuation peu évidente. Pas de transparence. La peau a pris une teinte rouge, violacée, intense, d'apparence phlegmoneuse où l'on reconnaît les marques évidentes d'une ecchymose, sans cependant qu'il y ait d'élévation de la température locale, appréciable à la main et ne disparaissant pas complètement à la pression.

Pas de fièvre. M. Desprès diagnostique une hématocèle pariétale autour d'une hydrocèle. Repos au lit, cataplasmes.

M. Desprès attend que l'inflammation qui existe autour du sang épanché soit calmée.

28 octobre. — Ponctions dans la vaginale gauche avec le trocart à hydrocèle, issue de plus de 600 grammes d'un liquide brun-foncé, contenant une grande quantité de globules sanguins.

M. Desprès fait dans la vaginale une injection de 40 à 50 grammes de teinture d'iode pure. Celle-ci ayant coagulé le sang encore contenu dans la tumeur, il ne put sortir ensuite qu'en très-minime quantité. — Cataplasmes.

Après la ponction et l'évacuation du liquide, on a constaté un épaississement très-considérable de la vaginale, surtout en bas en avant ; au niveau de la cloison, plateau dur, épais, imparfaitement limité et paraissant formé par du sang coagulé, épanché hors de la vaginale.

Température : *Soir* 38°.

Scrotum peu douloureux, non tendu.

29 octobre. — Température : *matin* 38°. — Température : *soir* 39°,6.

Réaction inflammatoire vive, scrotum tendu, luisant, douloureux à la pression. Cataplasmes.

30 octobre. — La température diminue, les douleurs sont moindres.

Température : *matin* 37°,6. — Température : *soir* 37°,8.

20 décembre. — Depuis le 30 octobre, l'amélioration a été graduelle. La tumeur a

aujourd'hui le volume d'un poing d'adulte, elle est dure, la pression ne cause aucune douleur, l'hydrocèle primitive a disparu presque entièrement.

La tuméfaction qui existait à gauche de la cloison, à la face antérieure du scrotum, persiste et elle est, au palper, assez nettement séparée de la tuméfaction constituée par la vaginale par une sorte de bandelette dure, fibreuse, qui donne au scrotum, vu de gauche, une apparence de bissac.

25 *décembre.* — Le malade est guéri de son hydrocèle et reprend son service, mais il reste à la place de l'épanchement de sang un kyste fluctuant, du volume d'un petit œuf, parfaitement limité et distinct. C'est un kyste hématique dont M. Desprès doit débarrasser le malade plus tard, s'il ne disparaît pas seul.

Observation CXXV

Hématome autour d'une hydrocèle.

Par M. Desprès, Chirurgien de l'hôpital Cochin (1).

Le nommé Edme R..., âgé de 60 ans, carrier, entre, le 2 novembre 1880, dans le service de M. le docteur Desprès, salle Saint-Jacques, lit numéro 35.

Cet homme ne présente aucun antécédent de famille notable, il n'a jamais été malade. Il y a trente-cinq ans, blennorrhagie peu intense, sans aucune complication. Aucun excès vénérien ; abus des liqueurs alcooliques. Il y a deux ans que le malade s'est aperçu d'une légère tuméfaction du scrotum, du côté gauche, qui, sans cause appréciable, acquit peu à peu le volume d'un œuf de poule, sans que le malade ressentît aucune gêne, aucune douleur spontanée, ni à la pression.

Huit jours avant l'entrée à l'hôpital, la partie malade s'est tuméfiée et a pris une teinte violacée ecchymotique de plus en plus foncée, sans que le malade ait éprouvé aucune douleur, reçu aucun coup, ou fait le moindre effort qui pût expliquer cette recrudescence du mal. Notons cependant qu'à cette époque R... a beaucoup marché.

Le scrotum, qui n'était tuméfié que du côté gauche, a pris une grosseur énorme. Le côté droit était aussi volumineux que l'autre et aussi foncé en couleur.

R..., effrayé par la couleur et le volume de ses bourses, plutôt que par la douleur (simple sensation de poids et légère cuisson), est allé consulter le docteur Guignard, de Vanves, qui traita d'abord le malade. Quinze sangsues sont appliquées sur le scrotum ; elles donnent lieu à un abondant écoulement de sang, sans aucune diminution de volume.

2 *novembre.* — Le malade entre à l'hôpital. Les bourses présentent un volume égal à celui de la tête d'un fœtus de huit mois. La tuméfaction est égale des deux côtés. La peau du scrotum est brillante, d'une couleur violacée, presque noire, cette coloration s'étend au fourreau de la verge, au périnée, jusque sur les parties latérales de l'anus. Pas de douleurs, pas de transparence. Diagnostic de M. Desprès :

---

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, t. VII, 1881.

hématocèle pariétale du scrotum avec épanchement à côté d'une hydrocèle vaginale.

Repos au lit. Cataplasmes.

12 novembre. — Après dix jours de ce traitement, la tuméfaction a légèrement diminué. M. Desprès pratique une ponction avec le trocart à hydrocèle. On fait la piqûre du côté gauche, le trocart pénètre dans la vaginale. Il s'écoule environ 400 grammes d'un liquide rouge sanguinolent ; sérosité et sang.

La vaginale vidée, on voit qu'il existe à la partie antérieure du scrotum, à gauche de la cloison, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, molle, presque fluctuante. Une ponction y est pratiquée à travers la tunique vaginale et il s'écoule avec peine quelques gouttes d'un liquide noir, épais, constitué par du sang coagulé.

Aucune injection. Cataplasmes.

Aussitôt que l'ecchymose eut disparu, M. Desprès songea à guérir l'hydrocèle.

6 décembre. — Le volume de la tumeur a considérablement diminué, la coloration violacée a disparu en grande partie. A droite, plus de tuméfaction. Ponction dans la vaginale gauche, issue de 300 grammes de sérosité fortement teintée par le sang. Injection de 50 grammes environ de teinture d'iode pure, dont on ne peut recueillir qu'une petite portion, car le liquide cailleboté qui résulte du mélange sort difficilement par la canule.

Aucune ponction n'est faite dans la poche sanguine. Cataplasmes.

7 décembre. — Réaction inflammatoire vive ; fièvre peu considérable, pas de céphalalgie. Scrotum gros, rouge vif, luisant, douloureux à la pression.

La tumeur sanguine semble, sous l'influence de l'inflammation, devenir plus fluctuante et diminuer de volume.

8 décembre. — Fièvre peu intense. Le malade se plaint de souffrir des gencives, qui sont un peu rouges et douloureuses. Coryza, picotements dans la gorge.

16 décembre. — Ces accidents se dissipent vite. Aujourd'hui plus de trace d'inflammation du scrotum qui est encore rouge, tuméfié, mais dur et presque insensible à la pression. Le volume est celui du poing d'un adulte. La tumeur hématique existe encore près de la cloison, mais elle a diminué de plus de moitié, est moins tendue que primitivement et elle disparaîtra d'ici peu entièrement, si l'on en juge par sa décroissance rapide.

20 décembre. — Le malade sort dans cet état et se dispose à reprendre ses travaux.

M. Desprès ne songe pas un instant à rattacher la formation de ces deux hématocèles pariétales, compliquant une hydrocèle, à la rupture du sac vaginal et il rapporte leur origine à la déchirure d'une de ces grosses veines qui siègent de chaque côté de la cloison. « La rupture se fait entre cette cloison et la tunique vaginale ; ce qui le prouve, c'est que, dans mes deux observations, la tumeur siégeait entre l'hydrocèle vaginale et la cloison du dartos, exactement à la même place. » — « Cette hématocèle autour d'une hydrocèle serait assez fréquente (une fois sur quinze) à cause du tiraillement des veines par la tumeur et ce serait à ces épanchements de sang qu'il faudrait attribuer la non-transparence de certaines hydrocèles qui donnent cependant un liquide clair à la ponction. »

Partant de cette idee, M. Desprès avait le droit d'expliquer, comme il l'a fait, la coloration sanguinolente du liquide de l'hydrocèle soit par la contusion des bourses, soit par un phénomène d'exosmose.

Et cependant nous nous permettrons ici de discuter la valeur de ces deux pétitions de principe. Tout d'abord pouvons-nous admettre la coloration de l'hydrocèle par exosmose ? Ce serait peut-être possible, si du sang épanché autour d'une vaginale restait toujours en liberté et à l'état fluide. Or le sang conserve-t-il longtemps sa fluidité ? Velpeau (1) en rapporte des exemples et Curtis (2) n'en reconnaît la possibilité que si les tissus sont sains et l'hémorrhagie petite. Mais, en règle générale, quand il se forme un épanchement dans le tissu cellulaire, il se produit immédiatement autour de lui un travail inflammatoire, destiné à isoler, pour ainsi dire, ce corps étranger et qui aboutit à la formation de couches concentriques de néomembranes avec une capsule limitante. Cette paroi, très-épaisse, n'est pas précisément favorable aux phénomènes physiques de l'exosmose.

M. Desprès explique aussi l'hydro-hématocèle par la rupture de quelque vaisseau tapissant la face interne de la vaginale, rupture produite par une contusion. Or, chez le second malade, l'augmentation de volume s'est faite spontanément et la formation d'une poche extra-vaginale en a été la suite. Chez le premier malade, on peut admettre que la contusion, en même temps qu'elle aura produit une hydro-hématocèle, aura pu rompre un des vaisseaux extérieurs à la séreuse et former, par simple coïncidence, deux états pathologiques indépendants ; et cependant c'est chez ce malade qu'on constatait une bandelette dure, fibreuse qui reliait la tumeur vaginale avec la tumeur pariétale.

Observation CXXVI

Hématocèle pariétale du scrotum par rupture d'une hématocèle vaginale. — Castration.

Par MM. Damalix et Caillette (3).

B....., âgé de 61 ans, maître jardinier. Etat de santé ordinairement bon.

Le malade raconte qu'en 1858, en faisant un effort, il a ressenti tout d'un coup une douleur vive dans la région inguinale droite. Quelque temps après, il constata une légère augmentation de volume de la bourse du côté droit. Cette augmentation de

---

(1) Velpeau. — *Leçons orales de Clin. Chirurg.*, t. II.

(2) Curtis (Ch.-Ferd.). — Etude sur les épanchements sanguins enkystés du tissu cellulaire et des muscles. — *Thèse de doctorat de Lille,* 1883.

(3) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1888, p. 408.

volume, à part quelques changements insignifiants, est restée stationnaire et indolore pendant 30 ans. Aussi s'en préoccupait-il très-peu et ne portait-il un suspensoir qu'à des intervalles éloignés.

Au mois de février 1888, à la suite de froissement, prolongés des parties dans une voiture mal suspendu, *la tumeur scrotale a doublé brusquement de volume* et cette augmentation s'est accompagnée de douleurs qui disparurent au bout de quelques jours. A cette époque la tumeur aurait atteint le volume d'une tête d'enfant. *En même temps se produisit, au-dessous de la verge, une petite déchirure de la peau par laquelle aurait coulé un demi-litre d'un liquide sanguinolent.*

Le 6 avril, l'aspect des parties était le suivant : — Tumeur volumineuse de la région scrotale, droite du volume d'une tête d'enfant, indolore, non transparente, et d'une rénitence égale dans toute son étendue, sauf à la partie externe, tout près de l'anneau inguinal, où se trouve une sorte de poche enkystée, indépendante de la tumeur principale. Cette petite tumeur est située immédiatement sous la peau et manifestement fluctuante (bourse séreuse de glissement).

La peau des bourses est tendue et lisse ; il n'existe aucune dilatation veineuse, aucun battement. La matité est absolue. Le diagnostic porté est : hématocèle vaginale consécutive à une vaginalite chronique et de date relativement récente. — Ponction préalable donnant issue à un liquide noirâtre, épais, ressemblant à du chocolat.

Castration après essais infructueux de décortication. La cavité est remplie d'une masse épaisse de couleur chocolat, dont la partie périphérique condensée se confond avec la paroi fibreuse de la tunique vaginale. *Celle-ci mesure 6 millimètres d'épaisseur et est tapissée de fausses membranes dures, en certains points même on trouve des noyaux pierreux.* A la partie inférieure et postérieure de cette masse est enclavé le testicule en voie d'atrophie.

Cette observation, tout en nous donnant un exemple d'hématocèle pariétale qui, probablement, a suppuré (car comment expliquer autrement cette petite déchirure de la peau par laquelle a coulé un demi-litre de liquide sanguinolent ?) nous offre en même temps un bel exemple du mécanisme probable de la rupture vaginale : d'un côté une membrane épaisse, tapissée de fausses membranes dures et même pierreuses par endroits ; de l'autre un froissement prolongé des parties dans une voiture. Que faut-il de plus et pour donner l'hémorrhagie intra-vaginale et pour faciliter la rupture d'un sac trop distendu ?

IV. — Hématome du scrotum par rupture d'une hématocèle funiculaire.

Observation CXXVII

Hématocèle pariétale du scrotum, consécutive à une rupture d'hématocèle funiculaire. — Ouverture de cette dernière. — Mort.

Par Bowman (1).

Nous avons voulu joindre à nos observations de ruptures de la vaginale une intéressante observation de rupture d'une hématocèle du cordon, qui a donné lieu à une vaste hématocèle pariétale du scrotum.

Toujours le même mécanisme pour la production de la rupture. Sac épaissi, dur, résistant, ne s'affaissant pas ; marche prolongée, occasionnant une hémorrhagie intra-funiculaire (2). La poche, trop distendue, est obligée d'éclater et nous avons l'hématocèle pariétale constituée de toutes pièces. Le liquide continuant à augmenter, on fit une ponction qui aggrava l'état du malade. L'opération radicale ne put sauver le malade des accidents septiques provoqués par la ponction.

La production d'une hématocèle pariétale pourrait encore se faire par rupture d'un kyste du cordon. M. Schwartz présentait en effet tout récemment, au nom de M. Roché, à la Société anatomique, un kyste du cordon dont *les parois étaient presque entièrement calcifiées* et avaient parcouru toute la série des transformations des parois, sans que le contenu ait présenté les caractères du liquide de l'hématocèle (3). Supposons un traumatisme ; il y aura rupture des parois et probablement hématocèles funiculaire et pariétale consécutives.

Le sujet était un fermier, âgé d'environ 60 ans. Dix années avant sa mort, il avait été jeté à bas de son cheval et avait reçu un coup à l'aine droite ; il en était résulté une tumeur limitée au canal inguinal et semblable à une hernie. Elle n'était pas cependant réductible, ne recevait point d'impulsion par la toux *et s'accompagnait d'ecchymose.* La douleur et l'ecchymose diminuèrent ; le malade reprit ses occupations habituelles et la tumeur, qui était grosse comme un œuf, ovale, ferme et élastique, resta peu à près stationnaire pendant sept ans.

---

(1) Bowman (W.). — Case of very large Hæmatocèle of the spermatic cord, proving fatal after ten years. — In : *Medico-chirurgical transactions*, 1850, t. XXXIII, p. 233-241. — *Frorieps Tagsbericht.* N° 410. — *Vierteljahrsschrifft für die praktische Heilkunde,* 1852, t. XXXV, p. 69 des Analekten.

(2) Ce serait là une preuve de plus de l'analogie des vaginalites funiculaires hémorrhagiques avec les vaginalites hémorrhagiques autour du testicule, que cherche à établir M. Félix Leguеu. — In : *Archives générales de médecine,* février, 1890, p. 183.

(3) Schwartz. — *Bull. de la Soc. Anat. Paris.* Paris, 1889.

Au bout de ce temps, elle devint *tout à coup plus grosse et plus pesante à la suite d'une marche prolongée, et en même temps une infiltration abondante de sang eut lieu dans le scrotum* Après la disparition de cette ecchymose, la tumeur, paraissant encore augmenter, un chirurgien y introduisit un trocart qui donna issue à un flot de sang. La piqûre se cicatrisa, mais la tumeur continua à s'accroître et atteignit un volume tellement considérable que le malade était réduit à garder le lit par l'impossibilité où il était de marcher avec une masse aussi pesante.

Bowman constata que la tumeur atteignait la rotule et était si lourde qu'on ne pouvait la soulever qu'à deux mains et au moyen d'un effort assez considérable. Sa surface était sillonnée par de très-grosses veines. Le testicule droit était distinct à la partie inférieure de la tumeur, et se trouvait au niveau du genou. La partie supérieure de cette masse offrait de la sonorité et paraissait formée par un mélange de gaz et de liquide. Ce signe, joint à un léger mouvement fébrile, fit penser que le contenu de la tumeur s'était altéré depuis la dernière ponction.

On jugea donc convenable de l'ouvrir largement pour donner issue aux gaz et aux matières putrides. Bowman fit une incision de sept centimètres et demi et vit sortir une grande quantité de sang putréfié, brun foncé, ayant la consistance de la mélasse, et mélangé à de gros caillots anciens, le tout pouvant remplir deux grandes cuvettes. Dans l'état de faiblesse où se trouvait le malade, le chirurgien pensa qu'il ne serait pas prudent de tenter l'extirpation de la tumeur. Il fit seulement une contre-ouverture en bas, sans intéresser le testicule. *Les parois, qui étaient résistantes, s'affaissèrent peu.*

Le malade ne survécut que cinq jours à l'opération. On n'a pas fait l'autopsie, en sorte qu'on n'a pas pu savoir si l'hématocèle devait son origine à une hémorrhagie artérielle ou veineuse.

V. — Hématocèles pariétale, funiculaire et abdominale consécutives à une rupture de la vaginale.

Observation CXXVIII

Hématocèle scrotale par rupture de la vaginale. — Hématocèle vaginale remontant dans l'abdomen. — Injection vineuse. — Guérison.

Par Dulaurier, interne de Huguier (Hôpital Beaujon) (1).

Un homme était atteint depuis six ans d'une tumeur du scrotum lorsqu'il entra à l'hôpital. Cette tumeur, qui s'était accrue lentement, avait été reconnue pour une hydrocèle et ponctionnée. L'injection iodée produisit une guérison momentanée. La tumeur se reproduisit et acquit le volume primitif.

Peu de temps avant son entrée à l'hôpital *et à la suite d'un effort violent*, le malade avait ressenti tout à coup, dans le scrotum, une douleur vive, s'irradiant vers

---

(1) *L'union médicale*, Paris, 1860, T. VII, p. 360

la région lombaire. A dater de ce moment, la tumeur avait pris un accroissement tellement rapide qu'à son entrée elle égalait, en grosseur, la tête d'un fœtus à terme. *Une large ecchymose couvrait ses bourses et la verge réduite au plus petit volume.* La tumeur tendue, rénitente, se prolongeait, à travers le canal inguinal, jusque dans l'abdomen, dont le côté gauche, fortement distendu, présentait une saillie piriforme, a grosse extremité supérieure d'une matité absolue, dans une étendue de 7 centimètres en tous sens. Les deux tumeurs séparées par un etranglement correspondant au canal inguinal, représentaient assez bien une callebasse. Dulaurier reconnut une hydro-hématocèle et ce diagnostic fut confirmé le lendemain par Huguier, qui se borna à prescrire des applications résolutives.

Sous leur influence, l'ecchymose disparut, le gonflement diminua et l'on put alors reconnaître la position du testicule, son volume anormal, ainsi que l'engorgément et l'induration de l'épididyme. On put alors faire refluer en partie le liquide d'une des tumeurs dans l'autre, par des pressions alternatives. Huguier pratiqua une ponction qui donna 750 grammes d'un liquide brunâtre, avec des reflets irisés. Au bout de dix jours, une nouvelle ponction devint necessaire et fournit 450 grammes de sérosité limpide et transparente.

C'est alors que Huguier, craignant de provoquer une péritonite, en ayant recours aux injections irritantes, autorisa Schuster à faire, sur ce malade, l'application de sa méthode : electro-poncture suivie de l'emploi de compresses trempées dans la teinture de digitale. Deux tentatives faites à treize jours de distance n'amenèrent qu'une amelioration momentanée, et Huguier se décida à recourir à l'injection vineuse. Cette operation fut couronnée d'un plein succès et le malade quitta l'hôpital, radicalement guéri.

Observation CXXIX (Resumée).

Hématocèle de la tunique vaginale remontant dans l'abdomen à travers le canal inguinal et ayant acquis ce grand développement, après la rupture de la tumeur scrotale par un effort.

Par J. Rochart de Brest (1).

Revel (Jacques), âge de 51 ans, journalier au port, est admis à l'hôpital de la marine, le 21 octobre 1858. Renseignements vagues sur ses antécédents.

La maladie actuelle aurait commencé il y a huit ans. Deux ans après, en 1852, il entre à l'hôpital pour un écoulement blennorrhagique avec épididymite du côté gauche, œdème du scrotum et de la verge. Il était, de plus, porteur d'une hernie inguinale du même côte, constituée par l'intestin et par l'épiploon ; ce dernier était irreductible. Il est sorti de l'hôpital, le 11 janvier 1853, guéri de son écoulement, conservant encore un peu d'engorgement du testicule et porteur d'un bandage herniaire Ces renseignements m'ont eté fournis par son tableau de clinique conservé dans nos archives.

(1) In : *L'union medicale*, t. VII, p. 361.

Depuis cette époque, il n'a pas réclamé les secours de l'art. Il parle vaguement, il est vrai, de deux opérations subies à quelques mois d'intervalle et qui paraissent avoir été des ponctions, mais il est impossible de se fier à ces indications. Il y a neuf mois environ, *à la suite d'un effort, il a ressenti une douleur vive à la partie supérieure du scrotum.* A partir de ce moment, la tumeur a augmenté de volume et remonte, de proche en proche, jusqu'à l'abdomen, qui a commencé à se développer.

La tumeur ovoïde du scrotum descend jusqu'au genou, n'est pas transparente, n'est pas tout à fait lisse : indépendamment de la saillie que forme le testicule droit, appliqué contre sa paroi interne, on y voit de légères bosselures correspondant à des points dépressibles de l'enveloppe qui présente, partout ailleurs, la dureté d'un corps solide. *Le toucher distingue nettement, dans l'épaisseur de la tunique vaginale, des plaques étendues offrant la résistance du tissu osseux.*

Malgré l'absence de transparence et l'existence antérieurement constatée d'une hernie inguinale, il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature de cette affection. Il s'agissait évidemment d'une collection de liquide primitivement développée dans la cavité vaginale et qui, gênée dans son expansion par la résistance que lui offrait cette membrane épaissie, avait remonté le long du canal inguinal dilaté par la hernie, pour se développer à l'aise dans la cavité abdominale.

Traitement : ponctions successives suivies d'injections iodées à de courts intervalles et rendues de plus en plus énergiques. Succès complet.

A la suite de la ponction, la tumeur abdominale s'est affaissée, celle du scrotum s'est aplatie dans le sens transversal. Les deux moitiés de la tunique vaginale se sont appliquées l'une à l'autre *comme les deux valves d'une coquille dont elles ont la dureté.* Le testicule, difficile à distinguer de ses enveloppes épaissies, est volumineux et induré. On ne distingue plus le moindre vestige de hernie.

Observation CXXX (Résumée).

On a case of combined scrotal and abdominal Hæmatocele. — Hématocèle combinée du scrotum et de l'abdomen.

Par W. Gray, de Bombay (1).

Charretier de 36 ans. Tumeur de la bourse droite descendant jusqu'aux genoux et remontant à travers l'anneau inguinal dans l'abdomen jusqu'à l'ombilic.

La tumeur scrotale a débuté il y a un an, et depuis un mois a acquis un développement rapide avec prolongement abdominal.

La ponction, qui donna cinq pintes de sang, fut suivie d'injection d'acide phénique à 5 0/0. — La suppuration s'étant mise dans la poche, on l'ouvrit et on reséqua les parois vaginales. *Celles-ci avaient un quart de pouce d'épaisseur et se composaient d'un tissu fibreux dur. L'intérieur étaient raboteux, ressemblait à la muqueuse stomachale dans l'empoisonnement par l'arsenic* ; sa couleur était pourpre foncée

(1) W. Gray. — In *The Lancet*, 1883, II. p. 495.

— L'ouverture de communication sous l'arcade crurale permettait l'introduction de quatre doigts ou d'une petite main. Et la surface interne du sac abdominal parut ressembler à celle de la tumeur du scrotum.

La source de l'hémorrhagie fut recherchée en vain.

Si nous avons rapporté ici ces trois observations de Huguier, de Rochard et de Gray, c'est qu'elles ne sont pas autre chose pour nous que des ruptures d'hydrocèle ou d'hématocèle. Nous n'admettons pas qu'on les fasse rentrer dans la classe des hydrocèles en bissac, comme l'a encore fait récemment M. Bazy (1) dans son étude, du reste très-complète et très-intéressante, sur cette question.

Dans l'hydrocèle en bissac, en effet, les deux poches sont formées par la séreuse vaginale qui s'étrangle dans le canal inguinal pour aller s'épanouir dans la cavité abdominale. Du reste, la pathogénie admise par M. Bazy, à la suite de Chélius (2) et de Duplay (3), est toute naturelle : l'hydrocèle se développe dans le conduit vagino-péritonéal, oblitéré seulement au niveau de l'orifice inguinal profond, ou un peu plus bas et pénètre ainsi dans l'abdomen pour se loger entre le péritoine et la couche musculaire.

Dupuytren (4) pensait qu'une hydrocèle vaginale ordinaire peut, en se développant, franchir les limites du scrotum, dilater l'orifice inguinal superficiel, le trajet inguinal, puis, après avoir franchi l'orifice inguinal profond, s'épanouir dans l'abdomen. Cette hypothèse serait contraire aux faits observés journellement : les hydrocèles se développent aux dépens des téguments du scrotum.

Béraud (5) et Déprès (6) ont décrit sous le nom d'hydrocèle en bissac, une hydrocèle constituée par deux poches : l'une superficielle ou scrotale, l'autre profonde ou vaginale ; l'orifice de communication entre ces deux poches est situé à la partie supérieure de la tunique vaginale et au-devant du testicule.

---

(1) Bazy (P.). — De l'hydrocèle vaginale à prolongement abdominal ou hydrocèle en bissac de Dupuytren. in : *Arch. gén. de médecine*. Paris, 1887, t. II, p. 553.

(2) Chélius, d'Heidelberg. — Traité de chirurgie, traduct. Pigné. Paris, 1836, t. II, p. 150-151.

(3) Duplay (S.) — Des collections séreuses et hydatiques de l'aine, *thèse de doctorat*. Paris, 1865. — In : *Semaine médicale*, 1884, p. 81.

(4) Dupuytren. — Leçons orales de clin. chir. Paris, Germer-Baillière, 1834, vol. IV, p. 444. — Clinique chir., t. III, p. 584

(5) Béraud J.-B. — Remarques sur l'anatomie pathologique d'une forme de l'hydrocèle. — In. : *Arch. gén. de méd.* Paris, 1856, VII, p. 670.

(6) Déprès. — In. : *Eléments de pathologie chir. de Nélaton*, Paris, 1857, t. VI. p. 549.

Nous ne voulons même pas examiner la possibilité de production de ces hydrocèles en bissac par le développement le long du cordon et jusque dans la cavité abdominale d'un de ces diverticules décrits par Béraud (1), M. Bazy ne parle pas de ce mécanisme qui cependant serait assez plausible.

Quoiqu'il en soit de ces différentes opinions, nous voulons exposer ici la nôtre sur ce sujet. Si nous étudions attentivement les trois observations dont il est question, nous serons d'abord frappé de ce fait que l'hématocèle funiculaire et abominale a succédé à un effort. La tumeur vaginale a dû se rompre, car les malades ont ressenti une douleur vive s'irradiant dans la région lombaire et l'infiltration sanguine des bourses s'est révélée par l'ecchymose. Cet accroissement rapide de la tumeur n'est-il pas le fait d'une hémorrhagie abondante ? De plus, comme ces malades ont été opérés dans un délai assez court après leur effort, est-ce dans cet espace de temps que la tunique vaginale est devenue « épaisse, fibreuse, dure, comme des valves de coquille, avec des plaques étendues offrant la résistance du tissu osseux ? » Est-ce une paroi aussi dure qui, *sans se rompre*, va se prolonger dans le cordon et pénétrer dans l'abdomen ? Ce n'est pas possible et pour nous, voici l'explication que nous donnerons de ce fait.

Le crémaster et la tunique fibreuse, associés aux ligaments suspenseurs des bourses que nous avons décrits au chapitre anatomie, coiffent pour ainsi dire la tunique vaginale comme d'un bonnet parfaitement continu et soudé à elle dans sa portion inférieure : de ce côté il y a donc renforcement dans la solidité des parois. Du côté opposé c'est-à-dire là où la portion juxta-funiculaire de la vaginale forme autour du cordon un cul-de-sac circulaire, ce renfort n'existe plus et la paroi séreuse n'est plus en rapport qu'avec du tissu cellulaire lâche : c'est le *locus minoris resistentiæ*.

Supposons un effort violent. Les deux bandelettes principales retiennent le bonnet et son contenu au bassin, c'est-à-dire les deux chefs interne et externe du crémaster se contractent rapidement et avec une grande énergie. Ces contractions du contenant tendent forcément à diminuer le volume du contenu. Et cette diminution ne pourra s'obtenir que par la rupture de la séreuse dans sa partie faible. Le sang, provenant de la rupture des parois ou de l'hématocèle vaginale se répandra sous la fibreuse et par suite sous le dartos, filera le long du cordon et ira se loger dans le tissu cellulaire sous-péritonal. Cette hématocèle funiculo-abdominale se produira d'autant

---

(1) Béraud. — *Mémoire sur les diverticulum de la tunique vaginale.* In. *Bull. Soc. Chir.* Paris, 1863, V., p. 277, 286.

plus facilement que le canal inguinal aura été dilaté par une ancienne hernie. Le sang s'entoure d'une membrane par inflammation du tissu cellulaire ambiant et *l'hématocèle en bissac se trouvera ainsi constituée d'une part par la séreuse vaginale et de l'autre par une enveloppe d'origine inflammatoire.*

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Bertrandi. — In : *Mém. de l'Acad. de chir.*, vol. III, 1757.

Good (Benjamin). — In : *Cases and praktical Remarks in Surgery*, the second édition, Norwich, 1767, II, p. 229, et in : Reverdin (J. L.), *loc. cit.*

Saviard. — Recueil d'observations chirurgicales, Paris, 1784, p. 105.

Petit (J. L.). — In : *Bibliothèque chirurgicale*, Œuvres de J. L. Petit, p. 730, 1837.

Pelletan — Clinique chirurgicale, t. II, p. 203. — Ar : Epanchements de sang.

Dupuytren et Guibert. — In : *Journal analytique de médecine et de sciences accessoires*, Paris, 1828, t. V, n° 13, p. 166.

Velpeau. — *Leçons orales de clin. chir.*, t. II Paris, 1841.

Velpeau. — Clinique de la Charité. — In : *Gaz. des Hôp*, 1846.

Velpeau. — *Dict. en 30 vol.* t. XV, p. 449.

Krimez. — Rupture d'une hydrocèle dans un effort. *Archives gén. de méd.* t. XXVI, p 312.

Astley Cooper. — Traité des maladies du testicule. — In : *Œuvres chirurg. complètes*, trad. par Chassaignac et Richelot, 1837, p. 491.

Nélaton. In : *Dict. Encycl. des sc. méd.* Paris, 1888, 4e série, t. XIII, p. 13, Art : Hématocèle vaginale, par P. Reclus.

Bowman (W.). — In : *Médico-chirurgical Transactions*, Londres, 1850, t. XXXIII, p. (223-241) ; — et in : *Frorieps Tagsbericht*, n° 440 ; — et in : *Vierteljahrs schrifft für die praktische Heilkunde*, 1852, t. XXXV, p. 69 der Analekten.

Malgaigne et Gougeon. — In : *Revue Médico-chirurg. de Paris*, 1848, t. IV, p. 180.

Gosselin. — Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle et sur son traitement. — In : *Arch. gén. de méd.* Paris, 1851.

JAMAIN. — Hematocèle du scrotum. — *Thèse d'agrégation*, Paris, 1853, p. 112.

BÉRAUD (J.-B.). — Remarques sur l'anatomie pathologique d'une forme de l'hydrocèle. — In : *Arch. gén. de Méd.* 1856, 5e série, t. VII, p. 670.

WALTER (A. G.). — In : *British medical Journal*, 1857, p. 524, — et in : Reverdin (J. L.), *loc. cit.*

HUGUIER et DULAURIER. — In : *Union Médicale*, Paris, 1860, t. VII, p. 360.

BOUISSON (E. F.). — Tribut à la chirurgie, Montpellier, 1861, II, p. 417.

DÉNUCÉ. — In : *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1861, p. 223, et in : *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, Paris, 1861, 2e série, t. II, p. 277.

ROZAN. — In : *Gaz. des Hôp.* 1863, p. 114.

BÉRAUD. — Mémoire sur les diverticulum de la tunique vaginale, — In : *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1863, t. V, p. 277 et 286 (rapport de Gosselin).

ANNANDALE (Thomas). — In : *Edinburgh medical Journal*, 1873, p. 714, — et in : *Arch. gén. de médecine*, 1873, p. 489.

MAC LEOD (R.). — *Indian medical Gazette*, Calcutta, 1875, t. X, p. 125.

BARTON. — Hæmatocele of very long duration ; suppuration of the sac, from injury ; castration. (Procedings of the pathological Society of Dublin). — In : *Dublin Journal of medical sciences*, 1873.

GURBSKI (K.). — Krwawiak mozny i jader (Hæmatocele scrotalis et vaginalis, sive Hæmatocele extra — et intra vaginalis). — In : *Gaz. lek. Warszawa*, 1877, t. XXIII, p. (393-397).

GUILLEMIN. — Des hydrohématocèles de la tunique vaginale et de leur traitement, *Thèse de doctorat*, Paris, 1878, n° 416.

FOSTER (N. S.). — Case of Cure of Hydrocele by the spontaneous rupture of the sac into the surrounding cellular tissue. — In : *the Lancet*, Londres, 1879, t. II, p. 871.

FROST (W. A.). — Subcutaneous Rupture of an Hydrocele. — In : *The Lancet*, 1878, t. II, p. 843.

RICHET — Hydrohématocèle. — In : *Praticien*, 1879, p. 319.

LUCAS (Clément). — In : *The Lancet*, Londres, 1880, t. II, p. 299.

LABADIE. — Sur un cas d'hydro-hématocèle. — In : *Journal de médecine de Bordeaux* (1880-1881), t. X, p. 262.

DESPRÉS. — In : *Bull. de la Soc. de chir.* Paris, 1881.

TILLMANNS (H.). — Ein Fall von intra-abdominaler Hæmatocele. — In : *Verhandl. der deutschen Gesellschaff für Chir.*, Berlin, 1881, t. X, p. (194-196).

REVERDIN (J. L.). — In : *Annales des malades des organes génito-urinaires*, 1883, t. I, p. 417 et 487, — et : *Revue médicale de la Suisse Romande.*

Gray (W.). — On a Case of combined scrotal and abdominal Hæmatocele. — In : *The Lancet*, 1883, t. II, p. 495.

Duret. — Du canal peritonéo-vaginal, *Thèse d'agrégation*, Paris, 1883.

Ramonède (L.). — Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée. *Thèse de doctorat*, Paris, 1883, n° 101.

Balleray (G. H.). — Subperitoneal Hæmatocele. — In : *Med. News Philad*, 1883, t. XLII, p. 358.

Grynfeltt (J.). — Un cas d'hématocèle sous-péritonéale. — In : *Gaz. Hebd. des sc. méd. de Montpellier*, 1883, t. V, p. 421, 05, 553.

Saint-Martin (A.). — De la rupture de la tunique vaginale dans l'hydrocèle, *Thèse de doctorat*, Paris, 1883, n° 443.

Damalix et Caillette. — In : *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1888, p. 408.

Kocher. — Voir l'index général de la fin.

Schwartz. — In : *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1889.

Monod et Terrillon. — Voir l'index général de la fin.

Kummer (E.). — Hydrocèle bi-loculaire du cordon spermatique chez un garçon de trois ans et demi. Guerison. — In : *Revue méd. de la Suisse Romande*, Genève, 1890, t. X, p. 173, 1 fig. – Hydrocèle extra-vaginale (Perispermatitis chronica, serosa, Kocher) chez un homme de 48 ans ; simple ponction ; récidive ; nouvelle ponction suivie d'injection de teinture d'iode. Guérison, — In : *Rev. méd. de la Suisse Rom.* 1889, t. IX, p. 375, 1 fig.

IX. — Deux cas d'Hématomes pariétaux du scrotum chez des chevaux par rupture de l'albuginée et de la vaginale.

Nous ajouterons à nos observations d'hématocèles pariétales chez l'homme, deux cas d'hématocèles pariétales chez le cheval. Ils ont tous deux été observés en 1844, au moment même où Velpeau avait fait, des épanchement sanguins, une question à l'ordre du jour. Ce sont d'ailleurs les deux seuls faits de ce genre rapportés dans la littérature vétérinaire française. Et ils sont doublement intéressants, car tout en étant les premiers documents publiés sur la matière, ils ont pu être observés et décrits avec d'autant plus d'exactitude que l'opération sanglante a permis aux praticiens de remonter à la source du mal.

Dans les deux cas un traumatisme, probablement un coup de pied de

cheval, avait déchiré l'albuginée. D'où épanchement de sang dans la tunique vaginale, et par une déchirure de celle-ci, irruption du sang sous le dartos et la peau. Formation et développement rapide d'une tumeur des bourses, unilatérale, non réductible, pâteuse, donnant la sensation d'une crépitation spéciale. Incision de la tumeur et castration. Guérison des deux chevaux malades.

Cette maladie a été étudiée quelques années plus tard, en 1859, par Hertwig (1), de Berlin. Aujourd'hui tous les ouvrages de médecine vétérinaire lui consacrent quelques mots (2).

Observation CXXXI

Hématocèle chez le cheval. — Erreur du diagnostic. — Opération. — Guérison.

Par H. Bouley, Professeur-adjoint à l'Ecole d'Alfort. (3)

« Cette observation nous a paru intéressante à publier à cause, tout à la fois, de la rareté de la maladie dont elle offre un exemple et de l'erreur de diagnostic qui l'a fait méconnaître. »

Le 13 mars 1844, un cheval entier, de race boulonnaise, propre au gros trait, sous poil rouan, de l'âge de 12 ans environ, fut conduit à l'Ecole d'Alfort par son propriétaire Hébert, cultivateur demeurant à Saint-Ouen, près de Saint-Denis.

Renseignements. — L'engorgement considérable dont le scrotum est le siège, surtout du côté gauche, est apparu, il y a trois jours, pendant la nuit, sans qu'on ait pu en reconnaître la cause. L'animal n'a pas eu de coliques ; il a conservé son appétit et sa gaîté habituels. On a appliqué depuis trois jours des cataplasmes de blanc d'Espagne et de vinaigre qui ne l'ont pas empêché d'augmenter tous les jours de plus en plus.

La persistance et le grand développement du mal inquiétant le propriétaire, il s'est décidé à conduire son cheval à l'Ecole.

Etat de l'animal à son entrée aux hôpitaux. — La région scrotale est énormément distendue du côté gauche. La tumeur qu'elle représente est piriforme, peu chaude, peu douloureuse à la pression, elle est le siège d'une fluctuation sensible, mais qui n'est pas percevable dans toutes les parties de son étendue. A la région supérieure, on reconnaît manifestement, par l'application méthodique des mains, la présence d'un flot de liquide dont on fait diminuer le volume par une pression de bas en haut ; intérieurement la tumeur a une consistance pâteuse ; elle conserve

---

(1) Hertwig. — Art : Hématocèle du scrotum. — In : *Chirurgie vétérinaire*, Berlin, 1859.

(2) Trasbot. — Art : Hématocèle. — In : *Nouveau Dict. prat. de médec. vétérinaire*, Paris, 1871.

(3) *Recueil de médecine vétérinaire pratique*, 1844, page 401.

l'empreinte du doigt qui la comprime le long de la courbure inférieure du scrotum et donne la sensation d'une crépitation obscure.

L'auscultation de cette tumeur ne permet pas d'y percevoir le bruit des borborygmes.

En explorant par la région rectale, on reconnaît que l'anneau inguinal un peu dilaté donne passage à un corps cylindrique, mou, élastique et plus volumineux que le cordon normal.

La marche de l'animal est un peu gênée. Le membre postérieur, ralenti dans ses mouvements, est porté en avant dans l'abduction.

Du reste, il n'existe pas de symptômes généraux inquiétants. L'habitude extérieure de l'animal est normale ; rien dans l'expression faciale et dans les différentes attitudes du malade n'indique de douleurs intestinales ; l'état des muqueuses apparentes, du pouls, de la respiration, des fonctions sensoriales annonce que la maladie locale n'a pas encore eu de retentissement sur l'organisme.

Diagnostic. — Le développement spontané de cette tumeur molle, fluctuante et réductible dans quelques points, pâteuse et persistante sous le même volume dans la région inférieure des bourses, à peu près indolente dans toute son étendue, la dilatation de l'anneau reconnue par l'exploration rectale, la présence dans le trajet inguinal d'un corps cylindrique assez volumineux et élastique, l'absence des signes généraux qui accompagnent les pincements et les étranglements de l'intestin, etc., toutes ces circonstances font croire à l'existence d'un bubonocèle ancien, méconnu jusqu'alors, qui aura pris tout à coup, sous l'influence des efforts de la traction, le développement d'une oschéocèle.

Cette idée arrêtée, on décide le propriétaire à consentir à l'opération nécessaire pour faire rentrer l'intestin que l'on suppose hernié.

Opération. — L'animal est abattu avec précaution et maintenu sur le dos. Une longue incision dirigée parallèlement au raphé, entame la peau suivant le sens de la courbure inférieure du scrotum.

Ce premier temps de l'opération fit concevoir immédiatement des doutes sur la valeur du diagnostic. La peau avait sur sa coupe et à sa face interne une couleur violacée foncée qui n'est pas habituelle dans les hernies. En pénétrant plus profondément, par des incisions successives et bien ménagées, dans la profondeur du tissu cellulaire sous-jacent au dartos, on reconnut qu'une masse considérable de sang en nature était épanché dans les mailles de ce tissu et enveloppait toute la tunique érythroïde jusqu'à l'origine du cordon.

L'erreur du diagnostic devenait évidente ; mais l'on ne pouvait pas encore se rendre compte de la nature de la maladie, dont la dissection permettait de reconnaître les signes physiques ; dans tous les cas, au point où en était l'opération, il y avait indication expresse de l'achever.

On isola avec les doigts la tunique érythroïde de la masse de sang où elle était plongée, et l'on reconnut alors qu'elle présentait une déchirure de trois centimètres d'étendue environ, placée transversalement, en avant, au niveau de la tête de l'épididyme.

La tunique fibreuse fut alors incisée, comme dans le procédé de castration à tes-

ticules couverts, mais avec précautions, de peur d'attaquer l'intestin, dont l'existence dans le sac vaginal pouvait encore être admise.

Le débridement du sac vaginal donna écoulement à une quantité assez considérable de sang en nature, liquide et coagulé.

La partie étant nettoyée du sang dont elle était gorgée, il fut possible de reconnaître alors la nature de la maladie dont elle était le siège.

Le testicule présentait extérieurement, en dessus de l'épididyme, une plaie à bords déchiquetés qui le ceignait en manière d'écharpe dans l'étendue de près de cinq centimètres, et intéressait la tunique albuginée et la substance testiculaire elle-même.

A l'aide de lotions réitérées d'eau froide, on chercha à déterger toute la partie du sang coagulé qui l'imprégnait ; puis la tunique fibreuse fut rabattue sur le testicule afin d'obtenir une adhésion primitive entre les feuillets de la séreuse mis en contact l'un avec l'autre et l'on appliqua un casseau courbe au-dessus de l'épididyme. Le testicule excisé au-dessous fut immédiatement examiné et disséqué. Une plaie semi-circulaire intéressait en avant la tunique albuginée qui était filamenteuse et infiltrée de sang. La substance testiculaire apparaissait avec une teinte d'un rouge noirâtre, elle semblait avoir été broyée.

Dans la profondeur de l'organe, le tissu est infiltré de sang. Çà et là on distingue des petites cavités du diamètre d'une lentille remplies de sang liquide. Dans quelques points on observe des noyaux phlegmoneux au milieu desquels des globules purulents se dessinent déjà.

Pronostic. — Le pronostic qu'on porta sur cette affection fut assez sérieux ; on avait à redouter d'une part que la suppuration ne pût se former dans la plaie à cause de la masse considérable de sang qui en infiltrait encore les tissus et qu'alors la gangrène septique n'enlevât le malade ; d'autre part, il fallait craindre, dans le mois où l'opération fut pratiquée, l'influence d'une température froide, humide et changeante, qui pouvait donner naissance à une inflammation péritonéale mortelle.

Cependant aucune de ces prévisions admissibles ne se réalisa. La maladie suivit une marche très-régulière et, le 4 avril, l'animal put être retiré des Hôpitaux, capable de suffire à un travail modéré.

Réflexions. — L'observation que nous venons de transcrire nous fournit un exemple d'une maladie qui est encore peu connue dans notre pathologie Cette considération nous engage à entrer dans quelques développements sur la nature, les causes, le mode de formation et le traitement de cette affection.

Dans son acception étymologique, le mot hématocèle veut dire tumeur sanguine, collection sanguine faisant saillie au-dehors. Mais l'usage a réservé cette dénomination pour les tumeurs sanguines des bourses.

Les auteurs de nosologie distinguent trois espèces d'hématocèles ; l'une qui consiste dans une infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-dartosien : *hématocèle par infiltration ;* l'autre que l'on peut appeler *hématocèle vaginale ou par épanchement* ; le sang qui la constitue est épanché dans le sac vaginal. Enfin la troisième est *l'hématocèle testiculaire ;* le sang est contenu dans l'intérieur de la tunique albuginée et infiltre la substance testiculaire.

Dans notre observation, les trois formes d'hématocèles se trouvent en même temps réunies; le sang répandu par la déchirure du testicule dans l'intérieur du sac vaginal, a débordé la capacité de ce sac par sa déchirure supérieure et s'est infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous ne devons pas attacher, quant à présent, beaucoup d'importance à ces divisions qui ne sont peut-être pas d'une grande utilité pratique. Mais il n'en est pas de même de la connaissance des causes qui peuvent donner naissance à la maladie. Et peut-être que si dans l'observation qui précède, le commémoratif eût été plus complet, nous aurions été mis sur la voie de la vérité pour en reconnaître la nature

Les tumeurs sanguines reconnaissent d'ordinaire pour cause l'action d'une violence extérieure qui détruit sous la peau la continuité des tissus et ouvre au sang une voie en-dehors des vaisseaux qui le charrient.

L'hématocèle ne fait pas exception à cette étiologie dans le cas particulier que nous venons de décrire ; la tumeur sanguine du scrotum a dû être le résultat d'une violente contusion de cette partie. Voici en effet, à cet égard, les renseignements plus précis que nous avons pu obtenir. Le cheval de notre observation habitait la nuit dans une écurie avec d'autres chevaux entiers, sans barres de séparation. Il est probable qu'à la suite d'une de ces *batailles* que se livrent souvent les chevaux entiers, sous l'influence de l'orgasme génital, un coup de pied vigoureusement lancé aura porté sur le testicule au moment où il était pendant au fond de la bourse et en aura déterminé la dilacération en rompant le double feuillet fibreux qui l'enveloppe (tunique fibreuse de la gaîne et tunique albuginée), l'élasticité de la peau lui ayant permis de céder sans se rompre. La plaie du testicule est la voie par laquelle le sang s'est répandu dans le sac vaginal d'abord, puis en-dehors de ce sac, par sa déchirure supérieure, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ainsi s'expliquent l'instantanéité de la formation de la tumeur scrotale et le développement considérable qu'elle a acquis en peu de temps.

Ce fait prouve l'importance d'un commémoratif bien circonstancié pour l'appréciation de la nature de quelques maladies chirurgicales qui apparaissent avec des formes et dans des circonstances inusitées. Il est probable, en effet, que si dans ce cas particulier nous avions obtenu sont d'abord les renseignements qui ne sont venus qu'après l'opération, nous aurions cherché à établir notre diagnostic sur d'autres bases. Il existe, en effet, entre l'hématocèle et l'oschéocèle des dissemblances qui nous paraissent maintenant assez saisissables pour nous permettre d'éviter à l'avenir l'erreur dans laquelle nous sommes tombé.

Et d'abord, au point de vue de l'étiologie, ces deux maladies sont assez distinctes l'une de l'autre pour qu'on ne doive pas les confondre lorsque le renseignement est exact. L'hématocèle se développe tout à coup et arrive instantanément à son plus grand développement ; l'oschéocèle est lente à se produire, et ce n'est qu'à la longue qu'elle prend une ampliation considérable.

Si, sous le rapport des caractères extérieurs et des signes physiques des deux maladies, il y a, au premier coup d'œil, une grande ressemblance entre elles, l'exploration attentive de la partie permet bientôt de distinguer leurs caractères différentiels. L'oschéocèle est piriforme comme l'hématocèle, mais elle est réductible

à un plus petit volume par une pression méthodique ; elle donne d'ordinaire la sensation d'un corps élastique comme celle qui résulte de la présence d'un gaz dans une vessie ; la peau est libre et mobile à sa surface, sur laquelle elle se moule en dessinant dans quelques points les reliefs onduleux de l'intestin. Parfois un examen attentif permet de reconnaître le mouvement vermiculaire de l'organe hernié, et d'entendre le bruit des borborygmes qui se passent dans son intérieur. Enfin l'exploration rectale démontre la dilatation de l'orifice supérieur du trajet inguinal, et la pénétration de l'instestin par cette ouverture.

L'hématocèle a de commun avec l'oschéocèle la forme extérieure ; mais elle en diffère par son irréductibilité. La pression exercée à sa surface refoule le liquide qu'elle contient dans les parties supérieures, et peut faire croire à une réduction ; mais dès que la pression cesse, le liquide revient immédiatement à sa place et la tumeur récupère son volume primitif. La sensation qu'elle fournit est une sensation de fluctuation molle plutôt que de résistance élastique, qui donne l'idée d'un liquide épanché et non pas d'un gaz contenu. La peau n'est pas libre et mobile à sa surface, le sang qui infiltre le tissu cellulaire sous-cutané lui donne une certaine adhérence qui lui permet de conserver l'empreinte des doigts qui la pressent ; l'oreille ne distingue dans cette tumeur aucun bruit, si ce n'est celui de la crépitation particulière aux caillots de sang lorsqu'on les écrase sous la peau.

Enfin, les signes fournis par l'exploration rectale devraient lever tous les doutes dans l'esprit de ceux qui n'examineraient pas avec une idée préconçue.

Tels sont, d'après le seul fait qui nous a été donné d'observer, les éléments d'un diagnostic différentiel entre les deux sortes de tumeurs scrotales. Insuffisants sans doute pour autoriser à donner, quant à présent, une solution complète de cette question de diagnostic, ils pourront mettre sur la vérité les praticiens qui seront appelés à observer cette maladie peu connue et leur faire éviter des causes d'erreur.

Le traitement qui convient en général à l'hématocèle est celui qui convient à toutes les tumeurs sanguines; le repos, la suspension des bourses par un bandage, l'application de compresses imbibées de liqueurs résolutives, telles que l'eau froide, l'eau de Goulard, bon hydrochlorate d'ammoniaque, etc., etc.; plus tard quelques frictions irritantes avec l'alcool cantharidé, l'onguent fondant de Lebas, etc. Tels sont les moyens à l'aide desquels on peut espérer obtenir dans les cas d'hématocèle par infiltration ou par épanchement, la résorption du sang répandu dans les tissus.

Mais lorsque la cause de l'hématocèle est une déchirure du testicule, que la substance de cet organe a éprouvé une telle commotion qu'elle est le siège de dilacérations partielles, comme dans le cas de l'observation précédente, n'y aurait-il pas avantage à opérer l'extirpation du testicule pour prévenir les accidents qui se rattachent à une inflammation suppurative de ces organes ? Nous sommes porté à le croire, lorsque nous réfléchissons à la gravité de cette dernière maladie, mais l'expérience nous manque encore pour résoudre définitivement cette question.

Observation CXXXII

Hématocèle chez le cheval. — Opération. — Guérison.

Par Duroisel, vétérinaire à Montdidier (1).

Le 23 avril 1844, vers midi, le sieur Delaporte, conducteur de diligences, vint réclamer mes soins pour un des chevaux qui font le service de Roye à Montdidier. Ce cheval venait d'arriver. Le propriétaire croyait qu'il avait un *effort*.

Renseignements. — Le matin, ce cheval, qui est aveugle, très-vigoureux et entier, fut trouvé en liberté dans l'écurie, où il avait passé la nuit avec plusieurs chevaux entiers; il était gai et il déjeuna comme à l'ordinaire, avant d'être mis à la voiture. A huit heures, en sortant de Roye, le conducteur s'aperçut que ce cheval portait, à la région scrotale gauche, une tumeur peu volumineuse, de la forme d'une poire; mais, comme l'animal trottait librement, sans qu'il eût besoin de l'exciter, il n'y fit pas attention.

Dans le trajet de Roye à Montdidier, qui est de vingt-quatre kilomètres par l'ancienne route qu'il suivait, le conducteur remarqua que la tumeur des bourses augmentait et qu'elle gênait les mouvements des membres postérieurs. Néanmoins, l'animal continua sa route au trot et arriva à Montdidier à onze heures.

Je me rendis immédiatement aux écuries du sieur Delaporte, où l'on me présenta un cheval entier, sous poil noir, âgé de neuf ans.

Examen du malade. — L'animal cherchait à manger; les fonctions de la respiration et de la circulation étaient surexcitées; les membres postérieurs écartés l'un de l'autre; la marche était gênée, et le membre postérieur gauche porté assez fortement dans l'abduction, pendant qu'elle s'exécutait; les reins étaient un peu raides. Il existait, à la région scrotale gauche, une tumeur de forme arrondie, du volume de la tête d'un homme; la peau qui la recouvrait n'était le siège d'aucune trace de violence extérieure, elle était luisante et adhérait étroitement aux tissus sous-jacents. Cette tumeur était chaude, douloureuse, conservait l'impression des doigts et avait un certain poids; lorsqu'on la pressait, elle donnait la sensation d'une substance pâteuse, légèrement crépitante, épanchée dans les lames du tissu cellulaire sous-dartosien.

Comme l'animal, très-irritable, se défendait pour s'opposer à l'examen que je voulais faire de la région, je le couchai avec précaution et le plaçai dans la position dorsale. Alors j'appliquai l'oreille sur la partie malade et je ne perçus aucun bruit. J'essayai en vain la réduction de cette tumeur par le taxis. J'explorai ensuite par le rectum : le diamètre de l'anneau inguinal me parut normal, mais la membrane péritonéale, qui y est engagée, me parut un peu plus tendue que dans l'état ordinaire.

Diagnostic. — Les renseignements que m'avait donnés le propriétaire, les symptômes que présentait l'animal, ne me firent pas confondre l'affection que j'avais à combattre avec une hernie intestinale intra-inguinale, dont elle n'avait que la forme extérieure ; ni avec une hydrocèle aiguë à cause du développement instantané de la

(1) Duroisel. — In : *Recueil de médecine vétérinaire pratique*, 1844, p 603.

tumeur, ni avec un œdème chaud des enveloppes testiculaires, ni enfin avec une inflammation aiguë du testicule ou de ses annexes. Cette tumeur ne pouvait être qu'une *collection sanguine* due à une violence extérieure. Un coup de pied avait pu être lancé par un des chevaux qui occupaient la même écurie. Le malade est aveugle, il n'a pu éviter les coups. Je communiquai mon opinion à M. Delaporte, qui l'admit d'autant plus volontiers, que l'animal dont il s'agit se battait très-souvent avec un cheval méchant du même attelage.

Je conseillai une opération ayant pour but, tout à la fois, d'arrêter l'écoulement du sang et d'enlever les caillots sanguins, que je supposai être la véritable cause de la tumeur ; le propriétaire y consentit et je la pratiquai immédiatement.

Opération. — L'animal étant maintenu dans la position dorsale, j'incisai, d'un coup de bistouri, les deux premières enveloppes testiculaires et je remarquai qu'une assez grande quantité de sang et de sérosité envahissait toute la trame du tissu cellulaire sous-dartosien. Cette couche celluleuse étant enlevée, j'aperçus une plaie qui perforait la tunique érythroïde, et s'ouvrait dans le sac de la gaîne vaginale. Cette plaie de trois centimètres d'étendue, d'avant en arrière, correspondait à la partie supérieure et externe du testicule.

Je me trouvai alors tout à fait sur la voie de la véritable cause de la tumeur sanguine ; j'incisai largement la gaîne vaginale et je retirai de son intérieur environ deux kilogrammes de sang, tant liquide que coagulé. Je nettoyai ensuite, avec de l'eau froide, toutes les parties mises à découvert ; et, sur la face externe du testicule, vers son bord supérieur et à sa partie antérieure, je remarquai une autre plaie, de cinq à six centimètres de longueur, à bords filamenteux, correspondant parfaitement avec celle qui traversait la tunique érythroïde. La tunique albuginée était déchirée et on apercevait la substance testiculaire, rouge, noirâtre et parsemée de vaisseaux rompus. Des ecchymoses se faisaient aussi remarquer çà et là sur la surface et dans l'épaisseur de la glande. J'appliquai un casseau courbé sur le cordon testiculaire, je lavai complètement la plaie, dont les bords étaient très-gros à cause de l'infiltration du tissu cellulaire et je fis relever l'animal.

Je lui pratiquai immédiatement une saignée de trois kilogrammes et recommandai qu'on le tînt à une diète sévère.

Je portai un pronostic grave. Le temps était beau, il faisait chaud, la gangrène était à craindre. Je fis faire des injections d'eau froide dans la plaie pendant les trois premiers jours. Bientôt la plaie prit un bel aspect ; mais comme les bords en étaient toujours gros, je fis quelques mouchetures dans leur épaisseur. Ces mouchetures donnèrent écoulement à une assez grande quantité de sérosité.

J'enlevai le casseau le 29 (six jours après l'opération), je remis peu à peu le malade à sa ration ordinaire, j'augmentai insensiblement la durée de la promenade, et la convalescence ne fut pas longue, car ce cheval put reprendre son service le 11 mai (dix-huit jours après l'opération), bien que la plaie ne fût pas encore complètement cicatrisée.

Depuis cette époque, j'ai eu occasion de voir souvent ce cheval, il est toujours très-vigoureux et il fait parfaitement son service.

X. — Hématocèle dans la cavité d'un abcès de la paroi du scrotum.

Sous ce titre, nous avons cru intéressant de reproduire trois observations qui nous montrent avec quelle facilité se forment les épanchements sanguins dans la cavité d'un abcès et comment ils peuvent la remplir une fois qu'elle est complètement détergée. On comprendra facilement le fait, si l'on songe que dans les parois d'un abcès existent des vaisseaux d'une excessive friabilité, qui, en se rompant, peuvent laisser écouler une grande quantité de sang.

Observation CXXXIII

Abcès du scrotum chez un vieillard affecté de hernie. — Ouverture de l'abcès. — Formation consécutive d'une hématocèle dans le kyste purulent

Par E.-F. Bouisson (1).

Jean Durand, berger, âgé de 70 ans, né à Vendargues (Hérault), fut admis à la clinique de Montpellier, le 21 avril 1847. Il était dans l'impossibilité de donner des renseignements sur sa maladie. Nous remarquâmes une tumeur volumineuse à la région scrotale, avec chaleur à la peau, douleur, tension. Cette tumeur s'étendait jusqu'à l'anneau abdominal, ce qui nous fit présumer l'existence d'une hernie compliquée d'abcès. Le malade n'éprouvait point de vomissements, mais il disait être, depuis douze jours, dans l'impossibilité de rendre ses excréments. Un purgatif huileux, administré par cuillerées, amena d'abondantes évacuations et des applications émollientes, faites sur le scrotum, déterminèrent l'ouverture spontanée de la tumeur, d'où il sortit environ un quart de litre de pus, ce qui occasionna un notable soulagement.

Néanmoins, l'état général de ce vieillard ne se modifia pas dans un sens favorable. Atteint d'une véritable adynamie sénile, il continua à s'affaiblir malgré l'emploi des préparations de quinquina et de divers toniques médicamenteux ou alimentaires. Nous remarquâmes dans la matinée même du jour où il succomba que le scrotum, qui s'était affaissé depuis l'évacuation du foyer purulent, avait repris tout à coup *un volume considérable et présentait une grande consistance, en même temps que les téguments prenaient une coloration violacée.* L'agonie du malade commençant au moment de la formation brusque de cette tumeur, nous ne jugeâmes pas à propos de l'ouvrir.

A l'autopsie, qui eut lieu vingt-quatre heures après, nous pûmes constater qu'une

---

(1) Bouisson. — *Tribut à la chirurgie*, t. II, p. 451.

hémorrhagie par exhalation s'était faite dans le kyste purulent. La cavité était remplie de sang noir coagulé, en sorte qu'une énorme hématocèle spontanée s'était faite dans les derniers temps de la vie. Il est même probable que cette extravasation sanguine avait hâté la mort, en ajoutant à la faiblesse générale du malade. *Un sac herniaire ancien, à parois épaisses, et contenant une anse intestinale, siégeait au-dessus du foyer.* Le testicule droit était induré, le gauche était atrophié.

Observation CXXXIV

Abcès des bourses. — Pus mélangé de sang. — Guérison lente.

Par Poirson (Hôpital militaire du Gros-Caillou) (1).

Au n° 7, de la salle 4, des blessés, est entré, le 12 novembre 1840, le nommé Pérogon (André), âgé de 27 ans, soldat au 53e de ligne. Il est d'un tempérament bilieux et jouit habituellement d'une bonne santé. Il y avait dix jours, au moment de son entrée, qu'il avait vu apparaître une petite tumeur sur la bourse gauche, sans en avoir aucunement provoqué la formation ; cette tumeur quoique peu douloureuse par elle-même, s'accompagnait cependant de douleurs assez intenses ressenties dans le bas-ventre et dans les lombes.

Peu à peu la tumeur prenant de l'accroissement, acquit le volume d'un œuf de poule ; elle restait néanmoins distincte du testicule correspondant, avec lequel elle était libre, au dire du malade, de toute sorte d'adhérence, quoiqu'on eût pu croire en apparence qu'elle faisait corps avec lui. En même temps la peau du scrotum était rouge et devenait de plus en plus dure.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, les douleurs de la tumeur continuaient. Le testicule, d'autre part, était à peine sensible ; les douleurs persistaient au bas-ventre et aux reins ; la peau des bourses était rouge et très-dure ; la chaleur était naturelle. Il n'y avait pas de réaction générale.

Il ne fallut rien moins que sept à huit applications de sangsues sur la tumeur même et sur le trajet du cordon testiculaire pour soulager les douleurs du bas-ventre et des reins, qui étaient intenses, au point de déterminer l'insomnie. La tumeur cependant ne fut nullement modifiée par cette médication, qui fut accompagnée et suivie de l'application de cataplasmes émollients et narcotiques ; elle conserva sa dureté, un certain degré de douleur et la peau resta avec sa coloration rouge.

Le chirurgien jugeant alors que le moment était arrivé d'agir sur la tumeur à l'aide des fondants, puisque la résolution n'avait pu être obtenue par les antiphlogistiques et les émollients associés aux narcotiques, prescrivit l'application d'un emplâtre de ciguë. En effet, sous l'influence de cet agent thérapeutique, la tumeur ne tarda pas à perdre de sa dureté, et, au bout de quatre jours, elle était ramollie en grande partie. La tumeur qui, ainsi que nous l'avons dit, siégeait dans l'épais-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, t. XIII, 1840, p. 117

seur des bourses, sembla alors contracter des adhérences avec le testicule et se confondre avec lui.

Au bout de deux jours, le ramollissement de la tumeur n'étant pas suffisant, un second emplâtre de ciguë fut appliqué, et la tumeur alors ne tarda pas à s'abcéder. L'abcès fut ouvert à l'aide de l'instrument tranchant et son ouverture procura l'issue d'une grande quantité d'un pus *sanguinolent*, fétide Le foyer ayant été vidé, on put s'assurer que le testicule restait libre de toute adhérence d'avec ses enveloppes, et n'avait aucunement été influencé par leur état morbide.

La cicatrisation de l'abcès n'a pas tardé à s'effectuer.

Réflexions de Poirson. — On ne saurait méconnaître, dans ce cas, un abcès par phlogose suppurative sourde des tissus normaux des bourses : la douleur locale quoique légère, la rougeur de la peau, la dureté primitive de la tumeur en font foi. Cependant, on ne peut s'empêcher de reconnaître quelque chose d'insolite dans le début et la marche lente de cette affection ; elle nous paraît occuper une limite intermédiaire entre les abcès chauds, aigus ou phlegmoneux et les abcès froids chroniques. Nous trouvons, à l'article : Abcès froids idiopathiques, du *Dictionnaire des Dictionnaires* de Fabre (1re livraison, page 18), ce qui suit : « Les abcès froids sont ordinairement sous-cutanés... On les observe assez souvent chez les jeunes soldats, aux environs du dos, aux lombes, aux pourtours antérieur et latéral de la poitrine, au cou et même sur le moignon de l'épaule, où les tissus sont incessamment froissés par le port du fusil et des équipements.

Chez Chérogon, qui n'accusait aucune cause évidente, il est à présumer que l'abcès est né sous l'influence des froissements occasionnés par la marche. Quant aux douleurs du bas-ventre et de la région lombaire, il est facile de les expliquer, soit en admettant le tiraillement des rameaux nerveux iléo-scrotal et moyen des branches musculo-cutanées du plexus lombaire, ou du rameau interne de la branche génito-crurale du même plexus, qui se rendent, les premières au scrotum, la seconde au scrotum et aux autres enveloppes testiculaires ; soit en admettant même la propagation de la phlogose à ces différents filets nerveux. Enfin les avantages que l'on a retirés des emplâtres de ciguë méritent d'être pris en considération.

Émettons maintenant notre opinion sur ce sujet. Il s'est formé, probablement dans la bourse séreuse virtuelle que nous avons décrite, une inflammation des parois, due au froissement continuel du scrotum contre les effets d'habillement. Un épanchement s'en est suivi, qui a subi la transformation purulente ; ce qui explique les douleurs, car les nerfs ont dû participer jusqu'à un certain point à la phlogose locale, comme le dit très-bien Poirson. Le sang mêlé au pus indique suffisamment l'intensité de l'inflammation.

Observation CXXXV

Gangrène du scrotum, consécutive à un phlegmon spontané, avec Hématocèle pariétale.

Par le Docteur Edouard VINKE, de St-Pétersbourg (1).

En août 1821, j'observai chez un robuste soldat de la colonie militaire des bords du Wolchow une inflammation rouge du scrotum, accompagnée d'une fièvre peu intense. On ne trouva aucune cause particulière : il n'y avait aucune inflammation de la rate, comme il y en avait du reste à l'état épidémique dans la région ; aucune trace de piqûre d'insecte.

Le scrotum était tendu, oval ; le dartos était contracté, la peau chaude et bleue ; les testicules normaux étaient rétractés, le cordon dur, mais non douloureux, le pénis un peu gonflé. Le malade n'accusait aucune douleur dans le scrotum. Les moyens employés (sangsues au périnée, chaleur sèche, bonne position du scrotum) étaient sans effet : tout le scrotum devint insensible, noir ; à sa base il se dessina une *fente circulaire dans la peau par laquelle s'échappa du pus et du sang* et, dans l'espace de quelques jours, tout le scrotum enflammé se sépara de la tunique fibreuse.

On avait dès lors l'aspect suivant : les deux testicules avec leur épididyme, de grandeur naturelle et de couleur bleue-blanche, étaient recouverts du feuillet viscéral de la tunique vaginale ; — du feuillet pariétal il ne restait qu'un lambeau insignifiant ; — les deux cordons étaient sains, entourés d'une membrane celluleuse. Au niveau de l'inflammation, chaque cordon était entouré d'un bourrelet circulaire, rouge, qui n'était autre chose que le rebord du crémaster disparu. Tout autour de ce bourrelet apparaissait ce qui restait du dartos sous la forme d'une élevure blanche et circulaire. On trouvait à peine les traces du septum sur l'urèthre. Des deux côtés de l'urèthre se dessinait la lame superficielle du fascia périnéal. Le rebord cutané descendait des deux côtés, sous forme circulaire, depuis la racine du pénis jusqu'au raphé du périnée où il formait un éperon. Celui qui n'aurait pas suivi l'évolution de la maladie aurait cru que le scrotum avait été coupé à sa base avec un couteau pour ne laisser subsister que les testicules et les cordons spermatiques. Ce qu'il y avait de plus douloureux pour le malade c'était le toucher du testicule.

Bien avant que la surface enflammée fût complètement abstergée des parties cellulaires gangrénées, il se montra quelques bourgeons charnus rouges sur la membrane cellulaire du cordon et sur le testicule lui-même, qui augmentèrent tous les jours et finirent par recouvrir ces parties d'une membrane rouge, charnue qui progressa activement et s'épaississait à vue d'œil, surtout aux endroits où les cordons étaient à nu sur la surface enflammée. Après que celle-ci se fut aussi recouverte de granulations rouges, la croissance des bourgeons charnus se fit de telle sorte que les deux testicules furent reliés l'un à l'autre et qu'a la fin le revêtement

(1) VIRCHOW. — *Archiv für Anatomie*, 1865, t. XXXII. p. 552. — VINKE : *Brand des Hodensackes.*

s'étendit des bords cutanés de la plaie au noyau primitif du nouveau sac scrotal. En l'espace de quatorze jours la guérison était complète.

Le nouveau sac scrotal avait une forme ovale, était intimement relié au testicule ; à la place du raphé se trouvait une élevure bourgeonnée ; la surface était inégale, et d'un bleu-rougeâtre. — Le convalescent sortit de l'hôpital avec la recommandation de porter un suspensoir garni de ouate et de se montrer tous les mois à la visite. — Au bout de six mois, voici l'état des parties : le scrotum avait presque un volume double de celui qu'il avait le jour de la sortie ; il était ridé, mais glabre ; — le testicule gauche descendait plus bas que le droit, comme avant la maladie ; — la peau, mobile sur les testicules, était très-sensible et se ridait aussi bien par le contact que par les projections d'eau froide ; sur l'épiderme se trouvaient des points qui étaient reliés par des brides ; — le raphé était fortement saillant ; — les testicules avaient leur volume normal, pendaient très-bas dans le scrotum, mais se collaient à l'anneau inguinal dans l'orgasme vénérien. Le soldat m'assura que son scrotum transpirait beaucoup et qu'il pratiquait à son grand contentement le coït depuis plusieurs mois. Cette découverte ne laisse aucun doute sur la reproduction de glandes sudoripares, sur la régénération du dartos et des nerfs et sur la formation, autour de la tunique vaginale, de nouvelles fibres musculaires du crémaster.

Vinke ne cherche pas à donner une explication de ce cas si curieux de gangrène du scrotum. Puisqu'il n'y avait aucune diathèse chez cet individu, il nous semble tout naturel d'en rapporter la cause à une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané du scrotum. Rappelons que c'était chez un soldat ; ses bourses pouvaient être très-lâches et pendantes ; le frottement des effets pendant les marches a irrité le scrotum, sans occasionner de douleurs. Et en même temps qu'il y a eu diapédèse de globules blancs il s'est produit quelques ruptures vasculaires. On peut encore supposer qu'il y a eu un épanchement sanguin qui s'est enflammé, ce qui concorderait avec les inflammations suivies de gangrène du scrotum dont nous rapportons quelques cas dans nos observations.

Nous avons tenu à rapporter cette observation dans ses détails, car elle est un bel exemple de la régénération du scrotum à la suite de la gangrène de cette enveloppe. Nous n'aurons donc plus à y revenir quand nous parlerons de la marche et des terminaisons de l'hématocèle pariétale du scrotum.

XI. — Hématome du scrotum par rupture des insertions musculaires des adducteurs de la cuisse.

Nous avons pu réunir deux cas de cette affection si intéressante. Dans le premier, on avait affaire à un rétréci de vieille date, aussi n'est-il pas étonnant que la collection sanguine, qui étreignait l'urèthre déjà bien diminué de calibre, ait rendu la miction difficile et aggravé le rétrécissement ; celui-ci fut opéré par l'uréthrotomie interne un mois après l'accident. Ce qu'il y a de spécial, c'est que la tumeur périnéale et la tumeur scrotale étaient séparées par une dépression. C'est probablement le contenu de la poche scrotale qui s'est enflammé et a escharrifié la peau dans le pli inguino-périnéal.

Le deuxième cas, que nous devons à l'obligeance de M. le médecin-major Comte, est celui d'un cavalier chez lequel de trop fortes contractions musculaires pour assurer les cuisses contre la selle ont dû produire une rupture des adducteurs. Ce qui le prouve, c'est cette tuméfaction, localisée d'abord dans la gaîne aponévrotique de ces muscles, qui s'est ensuite propagée sous les téguments de la cuisse, du scrotum, du pénis et de la région hypogastrique.

Ces épanchements et infiltrations sanguines, se produisant rapidement à la suite de ces ruptures, indiquent suffisamment que l'aponévrose doit, elle aussi, subir des déchirures ; car on sait combien son tissu est continu et dense autour des muscles de la cuisse, et avec quelle solidité elle est attachée aux rebords ischio-pubiens, formant pour ainsi dire un sac clos autour de ces muscles. Il est probable que la rupture musculaire se produit au point d'insertion des adducteurs sur les os ischio-pubiens, puisque c'est en ce point que se manifestent tout d'abord les premiers phénomènes.

Le diagnostic s'établira par les commémoratifs. Quant au pronostic, le nombre des cas publiés n'est pas suffisant pour pouvoir l'établir ; en tout cas, il ne paraît pas dangereux pour la vie du malade, surtout si un traitement judicieux est appliqué. Ce traitement devra consister tout d'abord dans le repos le plus absolu ; il est probable que si le malade de M. Cras n'eût pas continué son travail pendant plusieurs jours, il ne se fût pas produit d'inflammation dans l'une des poches. Si celles-ci sont trop tendues on pourra tenter de faire une ponction capillaire avec toutes les précautions antiseptiques désirables. Enfin si malgré les cataplasmes émollients et les topiques résolutifs, l'inflammation paraît vouloir s'emparer de ces collections sanguines, leur incision large au bistouri préviendra tout accident septique. Inutile de dire que les pansements devront être pratiqués dans cette région avec la plus minutieuse antisepsie.

Observation CXXXVI (Résumée).

Abduction violente du membre inférieur droit placé dans l'extension. — Vive douleur au périnée avec ecchymose consécutive dans le pli fémoro-périnéal. — Infiltration d'urine. — Incision médiane tardive. — Uréthrotomie interne au bout d'un mois. — Sujet atteint de rétrécissement ancien.

Par M. Cras (1).

Pailler (Guillaume), 39 ans, ouvrier mécanicien des constructions navales, travaillait loin de Brest, à Laudévennec, à dévisser à l'aide d'un grand tournevis en **T** les boulons des plaques circulaires sur lesquelles roulent les affûts de canons. L'outil s'échappa d'une rainure, entraînant le tronc en avant ; la jambe gauche fléchit fortement, tandis que le membre inférieur droit en extension et en abduction forcée glissa violemment au-delà du rebord de la plaque. Il en résulta une violente douleur au niveau de l'insertion des adducteurs. Cette douleur persista plusieurs heures, mais ne l'empêcha pas de continuer son service dans la journée. Aucune goutte de sang ne se montra au méat.

Le lendemain, 28 septembre, il constatait une ecchymose dans le sillon fémoro-périnéal ; la miction se fait avec peine et goutte à goutte. C'est, du reste, un rétréci de vieille date, habitué aux rétentions d'urine passagères.

Le surlendemain, la marche devint extrêmement pénible, il dut garder le lit. La tuméfaction devint considérable, l'urine coulait d'une façon continue, goutte à goutte.

Le 5 octobre, à l'hôpital de la marine de Brest, je le trouvai dans l'état suivant : la région périnéo-scrotale présente l'aspect caractéristique des infiltrations d'urine déjà anciennes et localisées dans la région. *Le scrotum a le volume d'une petite tête d'enfant*, le périnée est notablement tuméfié, induré, et cette induration s'étend de chaque côté de l'anus ; une dépression sépare la tumeur scrotale de la tumeur périnéale proprement dite. *Les téguments sont violacés.* A droite, vers le pli fémoro-périnéal, existe une petite perte de substance à bords sphacélés donnant issue à un liquide extrêmement fétide. La peau est chaude, la face vultueuse, mais la vessie déborde à peine.

Incision médiane sur le scrotum et le périnée, grâce à laquelle on pénètre, à travers des tissus œdématiés et indurés, dans une cavité assez vaste, tapissée de débris sphacélés...

...Guérison complète le 12 février.

Observation CXXXVII (Inédite)

Rupture par efforts du moyen addrcteur de la cuisse gauche. — Hématome ayant envahi le scrotum.

Communiquée par M. le D[r] Comte, médecin-major au 10[e] hussards.

Descaves (Octave), 22 ans, cavalier au 10[e] hussards, est atteint, le 10 février 1890

(1) *Bull, de la Soc. de chir. de Paris,* 1878, p. 139.

en faisant les classes à cheval, d'une tumefaction peu douloureuse de la région inguino-anale gauche, lésion diagnostiquée : rupture légère du muscle moyen adducteur.

Repos ; fomentations résolutives.

Descaves, incomplètement guéri, reprend son service, le 17 février.

Le 7 mars, sous l'influence de nouveaux efforts et de contractions répétées, retour des mêmes accidents, mais beaucoup plus prononcés cette fois La tuméfaction, qui s'étend à la partie interne du membre, depuis l'aine jusqu'à mi-cuisse, est dure et douloureuse. *Une suffusion sanguine considérable apparaît le lendemain sous les téguments de la cuisse, du scrotum, du pénis et de la région sus-pubienne.*

Même traitement.

Le 23 mars, la guérison est à peu près complète et l'homme éprouve seulement un peu de gêne dans la marche.

XII. — Hématome du scrotum par infiltration de sang venu d'un foyer éloigné.

Nous donnons dans ce paragraphe deux observations très-curieuses d'hématome du scrotum ; dans la première il s'agit d'un cardiaque, chez lequel un épanchement sanguin péri-vésical s'est produit et a fusé de tous côtés ; dans la seconde il est question d'une rupture d'anévrisme iliaque avec diffusion sanguine dans le scrotum.

Observation CXXXVIII (Résumée)

Affection cardiaque. — Hémorrhagie dans la cavité de Retzius (Hématocèle péri-vésicale). — Guérison.

Par M. Dujardin-Beaumetz (1).

Pierre Lacroix, âgé de 67 ans, homme de peine, entre le 20 mai 1877 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Lazare, nº 4.

Cet homme présente tous les symptômes d'une affection mitrale non compensée. Le pouls est intermittent, de l'œdème existe aux extrémités. Un traitement approprié, et surtout le repos, améliorent grandement l'etat de ce malade, et c'est le 26 mai que l'on constate le premier symptôme qui appelle l'attention sur la région vésicale.

Sans aucun traumatisme apparaît une petite ecchymose à l'ombilic ; le lendemain et les jours suivants cette teinte ecchymotique gagne successivement la ligne médiane, le fourreau de la verge, le scrotum, la face interne des fesses, le pourtour de l'anus,

---

(1) *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1877, t. XIV, p. 279.

le périnée. *Mais c'est au scrotum que la coloration est la plus intense.* La percussion donne de la matité à la région hypogastrique, comme si le malade avait une rétention d'urine. La palpation, douloureuse, délimite la partie supérieure de la tumeur.

Diagnostic : Hématome péri-vésical.

Le 29 mai, l'ecchymose gagne le triangle de Scarpa et le pli de l'aine.

Le 30 juin, il n'existe plus de teinte ecchymotique nulle part. Le sang a disparu, en quittant. en dernier lieu, les points les plus déclives. — Le malade, qui a toujours été bien portant durant tout le temps de ces phénomènes, quitte l'hôpital, parfaitement guéri, le 21 juillet. Un peu d'induration à la région vésicale.

Observation CXXXIX

Hématome pariétale du scrotum par rupture d'un anévrisme de l'artère iliaque.

Par Uhthoff (1).

Un anévrisme de l'artère iliaque donna naissance, en se rompant, à une hématocèle diffuse du scrotum, du cordon avec prolongement sous-péritonéal jusqu'aux reins. La tumeur se forma subitement au milieu de vives douleurs et amena rapidement la mort.

XIII. — Hématomes du scrotum situés entre la tunique fibreuse et la tunique vaginale, ou Hématomes péri-vaginaux (extra-vaginaux de Kocher).

Sous ce titre nous donnons quelques observations d'hématomes sanguins situés entre la tunique fibreuse et la tunique vaginale. C'est donc une variété spéciale d'hématocèle pariétale du scrotum dont nous voulons essayer de donner une pathogénie satisfaisante. Le cas si net, que nous avons eu le bonheur d'observer à la clinique de M. le professeur Heydenreich, nous servira de guide, car là nous avons pu connaître exactement la marche de l'affection et par les commemorata et par l'intervention chirurgicale. Le cas de Chassaignac devait être analogue au nôtre ; malheureusement nous n'en avons pas l'observation. Enfin nous avons cru pouvoir ranger dans cette catégorie le cas de Marcé, et nous citons pour mémoire d'autres observations de Pasini, de Knipe, de Kormann et de Schenk.

---

(1) Uhthoff. — In : *British med. Journal*, 1880, p. 52.

A l'état normal la tunique fibreuse n'est qu'une lame mince qui descend du pourtour de l'orifice interne du canal inguinal et ne serait que l'épanouissement du fascia transversalis de l'abdomen.

Cette fine lamelle est continue ; sur sa face externe vient s'accoler et s'épanouir le crémaster ; par sa face interne elle entoure les vaisseaux et canaux du cordon et recouvre les trois quarts supérieurs de la vaginale avec laquelle elle confondrait ses fibres. La tunique fibreuse forme donc ainsi autour de la vaginale et des éléments du cordon une véritable fermeture hermétique. Dans l'épaisseur de sa face externe se trouve une couche presque continue de nombreux vaisseaux sanguins qui suit toutes les sinuosités et les inflexions de cette membrane et forme un réseau régulier à la partie externe de la tunique fibroïde.

Ce sont ces vaisseaux qui se dilatent quand la fibreuse recouvre une tumeur des bourses, ce sont eux qui se rompent pour donner naissance à un hématome pariétal sous-cutané, quand un traumatisme quelconque vient les léser. Aussi n'ont-ils rien à voir dans le genre d'hématome pariétal dont nous voulons parler. La tunique celluleuse entoure, comme nous l'avons dit, la tunique vaginale dans ses trois quarts supérieurs et lui est unie par du tissu cellulaire lâche. Or à la face externe de cette tunique sont distribués les vaisseaux sanguins de la séreuse (1) et, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, ces vaisseaux acquièrent quelquefois des dimensions énormes, quand la vaginale est dilatée par une tumeur. Ce sont eux que le bistouri ou le trocart blessent dans les ponctions des collections liquides ; ce sont eux qui se déchirent quand la tunique vaginale se rompt ; ce sont eux enfin qu'un effort ou un traumatisme peuvent faire éclater et dont le sang va se collecter sous la fibreuse. Les vaisseaux des deux membranes séreuse et fibroïde proviennent de l'artère spermatique et de l'artère déférentielle, et s'anastomosent avec les branches des honteuses externes et la périnéale superficielle, de sorte que leur nutrition se fait aux dépens des vaisseaux du testicule et du scrotum.

M. L. Reverdin, en faisant l'incision antiseptique pour une rupture spontanée de la vaginale avec hématocèle pariétale du scrotum, est tombé, après avoir traversé les différentes couches du scrotum infiltrées de sang, « dans une sorte de cavité remplie de sang et de caillots et tapissée extérieurement par une membrane lisse, présentant l'aspect d'une mince lame fibreuse et tapissée intérieurement par la tunique vaginale... Un petit lambeau de la membrane limitante externe, examiné à l'œil nu, a l'aspect d'un tissu fibreux, nacré comme une aponévrose mince ; au microscope on constate

(1) Barrois. — *Loc. cit.*

que c'est bien du tissu fibreux. » Une autre fois, en faisant la même opération pour une rupture traumatique de la vaginale, il constate « qu'en dehors de la vaginale, entre elle et la tunique fibreuse se trouve une grande quantité de caillots noirs. »

De son côté G. Walter, ayant eu à opérer un homme qui s'était rompu une hydrocèle volumineuse gauche, trouva une grande quantité de sang coagulé entre la tunique vaginale et la tunique fibreuse et remontant le long du cordon jusqu'à l'anneau inguinal.

Mais alors, pourra-t-on m'objecter, ces hématomes extra-vaginaux, logés entre la tunique fibreuse et la tunique vaginale ne sont autre chose que des hématocèles funiculaires. Cette observation est vraie au point de vue anatomique, mais au point de vue clinique il n'y a pas lieu de faire de distinction entre l'hématocèle funiculaire, localisée aux parois de la vaginale et l'hématocèle pariétale proprement dite. C'est du reste aussi l'avis de M. Kocher (1), de Berne : « Les épanchements sanguins, dans le tissu cellulaire interposé entre les deux tuniques forment deux variétés qu'il faut distinguer en clinique : l'une dans le cordon proprement dit, l'autre autour du testicule. Cette dernière doit s'appeler *hématome extra-vaginal du testicule* et comprend des tumeurs généralement circonscrites qu'il n'y a pas lieu de distinguer d'avec les épanchements sanguins enkystés du tissu cellulaire sous-dartoïque ; ces tumeurs sacculaires, plus ou moins grandes, sont accolees au testicule. A la longue, une prolifération par inflammation amènera la formation d'une capsule. Ces poches se trouvent aussi bien sur le devant que sur les côtés du testicule, ce qui tient à ce que le sang s'infiltre plus volontiers entre les parties latérales des tuniques que sur les parties médianes. »

Il s'ensuit de cette situation variable de la tumeur que l'on ne pourra pas toujours se baser sur la position du testicule pour porter le véritable diagnostic, d'autant plus que la plupart du temps il existe en même temps une infiltration considérable de sang sous le scrotum. En effet, d'après les expériences faites sur le cadavre, M. Kocher a démontré qu'en injectant une matière coagulable sous la tunique fibreuse, il se formait toujours des éraillures de cette membrane et principalement là où elle s'insere sur la tunique vaginale, éraillures par lesquelles le liquide filait dans le tissu cellulaire sous-cutané. On peut donc avoir coexistence d'hématocèle pariétale, d'hématocèle extra-vaginale ou d'hématocèle funiculaire proprement dite ; et avant de pouvoir porter un diagnostic il faudra attendre la résorption de

(1) Kocher (Th.). — Pitha und Billroth, 1871-75, Bd III, Abth. II, 7 Liefg., p. 43. — *Deutche chirurgie*, Billroth und Luecke, 1887, 50 Liefg.

l'infiltration sanguine diffuse. On distinguera toujours l'hématocele du cordon proprement dite, par les caractères suivants : tumeur remontant le long du cordon et se prolongeant quelquefois dans l'abdomen, testicule se trouvant au pôle inférieur de la masse.

La confusion de l'hématocèle parietale et de l'hématocèle extra-vaginale n'a aucune conséquence fâcheuse, car le pronostic et le traitement dans les deux cas sont les mêmes. Généralement bénigne, cette affection cède aux résolutifs ; elle peut s'enflammer et alors l'incision large et les lavages antiseptiques sont indiqués ; elle est susceptible enfin de s'enkyster, et le seul traitement applicable sera dès lors l'extirpation. Faisons remarquer à ce propos que jamais le traitement n'est dirigé contre une lésion vasculaire comme dans certaines hématocèles funiculaires (1) : tandis qu'il ne vise que la tumeur elle-même dans les hématocèles intra-membraneuses.

Ce serait ici le lieu de discuter la question de savoir si les *hématocèles de l'épididyme* ne sont pas autre chose que des hématocèles périvaginales de la partie inférieure du cordon. M. Félix Legueu (2), sans nier l'existence des kystes spermatiques, attribue l'origine des kystes dits hématocèles de l'épididyme à la persistance du canal péritonéo-vaginal dans la partie inférieure du cordon ; cette portion de canal, sous l'influence d'un agent quelconque ou spontanément, pourrait donner naissance à une vaginalite hémorrhagique. Nous ne voulons pas suivre l'auteur dans cette étude qui nous entraînerait beaucoup trop loin ; et, tout en adoptant les idées de M. Legueu, nous dirons qu'il doit aussi exister de ces hématocèles épididymaires dues à un épanchement sanguin qui s'est enkysté dans le tissu cellulaire intra ou péri-épididymaire.

Observation CXL

Hématocèle pariétale extra-vaginale.

Par Chassaignac (3).

Chassaignac présente à la Société de chirurgie de Paris un malade atteint d'hématocèle et qui doit être opéré incessamment. C'est pour cette dernière raison que Chassaignac désirait demander les conseils de ses collègues au sujet de la particularité suivante : le testicule, au lieu de faire corps avec la tumeur, qui est fluctuante et très-ferme, en est distinct et se meut évidemment dans la tunique vaginale ou

---

(1) Cas de Percival Pott, *loc. cit.* ; — et in : *The Lancet*, 1860, I. p. 394 : Recent Hæmatocele (Après ponction) par Lawrence.

(2) Legueu (F.). — Des hématocèles enkystées du cordon spermatique (vaginalites funiculaires hémorrhagiques). In : *Arch. gén. de médecine*, mars 1890, p. 310.

(3) Chassaignac. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1851-1852, p. 342 et 347.

dans une portion de tunique vaginale indépendante de l'hématocèle. (Séance du 29 octobre 1851).

Dans la séance suivante, Chassaignac présente les enveloppes de cette hématocèle qui s'était formée entre la tunique vaginale et la tunique érythroïde. (Séance du 5 novembre 1851.)

Observation CXLI (Inédite).

Hématocèle de la vaginale gauche. — Hématome du scrotum du même côté. — Extirpation de l'hématome. — Incision antiseptique de l'hématocèle. — Guérison.

Observation due à l'obligeance de M. le professeur Gross et recueillie par son interne. M. Paul Riche.

E... (Laurent), âgé de 53 ans, employé de commerce, demeurant à Epinal, entre à l'hôpital civil de Nancy, le 14 novembre 1888, où il occupe le lit n° 3 de la salle 4.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de maladies antérieures.

Marié à 23 ans. Père de six enfants bien portants.

Il y a quatre ans, à la suite d'un effort, il sentit une douleur très-vive au niveau du testicule gauche. Un mois après, il s'aperçut que la bourse de ce côté augmentait de volume. A ce moment on lui prescrivit une pommade iodée ; il s'en servit pendant deux ans et la tuméfaction ne faisait qu'augmenter, sans le gêner autrement que par son poids.

Il y a deux ans on lui fit une ponction aspiratrice : il sortit un liquide limpide et citrin. La récidive se fit très-rapidement, toujours sans douleurs. — Treize mois après on lui fit une nouvelle ponction qui donna issue à un liquide identique.

La récidive eut de nouveau lieu très-rapidement. Au mois de septembre 1888, son médecin se décide à lui faire une ponction suivie d'injection iodée. Il sortit d'abord environ un demi-verre de liquide citrin, puis l'écoulement s'arrêta. Le médecin enfonça son trocart un peu plus loin et le malade ressentit une douleur excessivement vive, et la tige de l'instrument retirée, il sortit quelques gouttes de sang. Le médecin renonça à faire l'injection iodée et prescrivit le repos au lit.

A peine couché, le malade sentit que la tumeur augmentait considérablement de volume et il avait de vives douleurs. Son médecin, appelé, fit immédiatement appliquer de la glace sur les parties qui s'étaient tuméfiées. *Le scrotum était alors le siège d'une ecchymose très-foncée.* La glace arrêta les douleurs.

Les jours suivants, on lui mit des cataplasmes de farine de lin froids et au bout d'un mois la tuméfaction s'était délimitée dans le scrotum.

A son entrée, on constate une notable tuméfaction des bourses qui présentent un aspect trilobé. A droite, on sent très-nettement le testicule. A gauche, existe une tumeur allongée, dure, qui mesure environ 15 centimètres sur 8, en arrière et en dehors de laquelle on sent le testicule et la vaginale distendue par du liquide, mais

ne présentant pas la même consistance que la tumeur voisine. Cette vaginale distendue remonte jusqu'à l'anneau inguinal. — La peau est rouge-bleuâtre et distendue. — Le malade se plaint de douleurs assez vives. Toutes les fonctions s'accomplissent bien chez notre homme, qui est d'ailleurs grand et d'apparence très-robuste.

On lui fait prendre de grands bains plusieurs jours de suite pour faire tomber les écailles épidermiques qui recouvraient le scrotum d'une véritable carapace.

Le 18 novembre. — La peau étant nettoyée, on fait une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy, et l'on retire environ 500 grammes de sang noir et grumeleux. On obture l'orifice au collodion et on saupoudre de salol.

Depuis, plus de douleurs.

Le 26 novembre. — La tumeur a repris à peu près le volume d'une petite orange.

Le 27 novembre. — *Opération.* — La région étant rasée et nettoyée avec soin, on transporte le malade à la salle d'opération. Toutes les précautions antiseptiques étant prises, M. le professeur Gross fait une incision remontant vers l'anneau inguinal, et après avoir traversé quelques feuillets, qu'il coupe sur une sonde cannelée, il arrive sur une poche brunâtre qu'il cherche à séparer des tissus voisins avec les doigts et le bout des ciseaux courbes. Tout à coup la poche se rompt et donne issue à un liquide noirâtre ressemblant, comme couleur, à de la teinture d'iode.

Le liquide évacué, on se débarrasse de la poche adhérant par sa partie postérieure à une autre tumeur. Cette portion adhérente est enlevée avec la curette de Volkmann, et on aperçoit alors la vaginale, lisse et épaissie.

On la ponctionne au bistouri et il s'en écoule un liquide analogue à celui de la poche antérieure, mais ne communiquant pas avec elle. On excise une notable portion de la vaginale. On nettoie la plaie opératoire avec une éponge imbibée de sublimé (0 gr. 50 1000) et, l'hémostase assurée, on suture la vaginale au catgut fin, et la peau au crin de Florence. — Drainage avec une tresse de gros catgut.

Pansement à la gaze iodoformée recouverte de coton salicylé ; on englobe le pansement, l'hypogastre et les cuisses dans du coton ordinaire qu'on maintient par des bandes de tarlatane. Sur le devant du pansement on met une lame de gutta-percha. La verge passe à travers une fenêtre qui a été réservée dans le pansement.

Le soir le malade se trouve bien, mais il n'a encore pu uriner. Etant atteint de phimosis, une tentative de cathétérisme avec une sonde molle échoue.

Le 28 novembre. — Apyrexie. Pas de douleur. Le malade a uriné hier soir.

Le 10 décembre. — Premier pansement. La plaie est réunie, sauf au niveau de la tresse de catgut, qui n'est plus retrouvée.

Le 13 décembre. — On enlève le pansement et on se borne à souffler du salol sur le scrotum et à le recouvrir d'une lame de coton salicyle.

Le 20 décembre. — Le malade se lève avec un suspensoir. Toujours une petite plaie bourgeonnante au point où avait été fait le drainage.

Le 25 décembre. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Durant tout le temps qui a suivi l'opération jusqu'à la sortie, l'apyrexie a été constante.

Cette observation est intéressante à étudier, tant au point de vue de

l'étiologie de l'hématome extra-vaginal qu'à cause de la situation respective des deux tumeurs. Un coup de trocart est donné, qui, poussé trop loin, va blesser la glande ; ce premier point ne fait aucun doute pour nous, car il n'y a que la blessure du testicule qui puisse provoquer des douleurs comme celles qu'a ressenties le malade. Cette blessure donne lieu à une hémorrhagie considérable qui est encore favorisée par l'état de vacuité de la vaginale. Le sang, bientôt à l'étroit dans cette séreuse, trouve une issue toute naturelle par l'ouverture du trocart et s'infiltre sous la fibreuse et en même temps sous la peau. Le froid arrête l'hémorrhagie ; le sang se résorbe et finalement il reste deux tumeurs : l'une à la pointe du scrotum l'autre au-dessus et refoulée jusqu'à l'anneau inguinal.

Bientôt la communication entre les deux tumeurs vient à se fermer et l'on a deux poches parfaitement distinctes, ayant chacune une élasticité et une résistance spéciales. Ce qu'il faut remarquer, c'est la situation de l'hématocèle vaginale au-dessus de l'hématome scrotal et remontant jusqu'à l'anneau inguinal, comme une hématocèle enkystée du cordon. Le diagnostic était ici d'une grande difficulté. Mais après l'opération, nous pouvons affirmer que l'épanchement sanguin était situé entre les deux membranes fibreuse et vaginale et rentrait dans la catégorie des hématomes pariétaux (variété extra-vaginale).

Observation CXLII (Personnelle)

Hématocèle pariétale gauche (par épanchement), survenue à la suite d'une ponction d'hydrocèle du même côté. — Légère hydrocèle à droite. — Ablation de l'hématocèle et incision antiseptique de l'hydrocèle gauche. — Guérison.

Observation recueillie dans le service de M. le professeur Heydenreich.

Lebel (Antony), âgé de 66 ans, menuisier à Malleloy (Meurthe), entre à l'hôpital civil de Nancy, le 17 décembre 1888, pour se faire soigner d'une tumeur des bourses.

Son père est mort du cœur à 77 ans et sa mère est morte « de vieillesse » à 86 ans.

Il a eu une fluxion de poitrine en 1863, mais n'a jamais fait d'autre maladie. N'a pas été soldat. N'a jamais eu de maladie vénérienne, ni de hernie, ni de traumatismes sur les bourses. S'est marié et a eu six enfants, tous vivants et bien portants.

Il y a quatre ans, le 31 mai 1884, notre homme, en chargeant une voiture de foin, a fait un effort et « s'est senti piqué » dans les reins et dans le bas-ventre. Le même jour il a senti que son testicule gauche lui « donnait des lancées » qui, remontant le long du cordon, s'irradiaient dans l'aine gauche et dans le bas-ventre ; « les bourses

étaient sensibles. » Il se coucha aussitôt, resta trois jours au lit, après lesquels il se livra de nouveau à ses occupations journalières. Les douleurs n'avaient pas disparu et s'irradiaient toujours le long du cordon.

Au mois de décembre suivant, Lebel, voyant sa bourse gauche atteindre graduellement des proportions énormes (comme deux poings), se décide à venir consulter le docteur V..., à Nancy. Celui-ci fit une ponction qui ne ramena qu'une goutte de sang avec une goutte de liquide dans la canule du trocart. Il avait en vain cherché la transparence du scrotum, dit le malade. etavait fait cette ponction à titre d'exploration. Il ne fit aucune injection et ordonna des cataplasmes.

Lebel revint de Nancy dans une voiture à banquette assez étroite, sur laquelle il était assis entre deux autres voyageurs. Le cahotement de la voiture et la pression des cuisses firent que le liquide s'écoula par l'orifice pratiqué quelques heures auparavant par le trocart. Ce n'est qu'en arrivant à Malleloy, après un trajet de douze kilomètres, que le malade s'aperçut du retour de ses bourses à leur grosseur normale et de la teinte légèrement jaunâtre de sa chemise. Le pantalon et les bas étaient aussi mouillés.

Huit jours après, le malade revint à Nancy se montrer au docteur. Les bourses étaient dans leur état normal et on lui prescrivit un suspensoir.

Mais, peu à peu, le liquide se reproduisit et le malade, se trouvant gêné, résolut de pratiquer lui-même la manœuvre qu'il avait vu faire par le médecin. Il acheta un trocart de calibre moyen et l'enfonça dans la pointe du scrotum, en ne dépassant pas la chemise du trocart, c'est-à-dire d'une longueur de 4 à 5 millimètres. En retirant la pointe, le liquide, « jaune comme de l'urine, se mit à jaillir et remplit un bon bol. » — Tous les trois mois, il répéta la même manœuvre, dès que le liquide reproduit le gênait. — Comme pansement consécutif à la ponction, il frictionnait l'ouverture avec de l'eau-de-vie de marc.

Le 4 septembre 1888, le malade se fit deux ponctions successives l'une au-dessous de l'autre; la première ne donna qu'une goutte de sang et, par la seconde, à force de malaxer l'hydrocèle, le liquide s'écoula complètement. Trois heures après, la bourse gauche acquit des dimensions énormes; « la peau devint noire comme du charbon. » Cette teinte ecchymotique resta limitée aux bourses. Quatorze heures après, une dizaine de sangsues furent appliquées et soulagèrent le malade. Celui-ci resta trois semaines au lit, puis se remit petit à petit au travail. Tous les jours, il mettait un cataplasme sur la partie malade (il en a ainsi mis une centaine); après l'application de chaque cataplasme, la peau était plus molle et glissait plus facilement sur les parties sous-jacentes.

Peu à peu l'ecchymose disparut. Mais comme il restait toujours une tumeur dure dans le scrotum, le malade entra à l'hôpital civil de Nancy, le 17 décembre 1888.

Etat actuel. — Le 18 décembre, on constate que la bourse gauche est grosse comme les deux poings; la droite est légèrement augmentée de volume. La peau à gauche paraît avoir encore une légère teinte ecchymotique; *elle glisse sur les parties sous-jacentes et conserve encore ses plis.*

A la partie moyenne antérieure et interne de la bourse gauche, on voit une petite élevure au niveau de laquelle la peau est plus claire que dans les parties environ-

nantes. Cet aspect, combiné avec la sensation de fluctuation que donne ce mamelon, rappelle absolument une cavité suppurée sur le point de s'ouvrir.

La tumeur de la bourse gauche s'arrête en-deçà du canal inguinal, qui est libre. La consistance n'est pas la même sur tous les points. Ainsi, sur toute la partie externe, depuis l'anneau inguinal jusqu'à la partie inférieure de la tumeur et sur une longueur de 6 à 8 centimètres, on sent une plaque dure, indolore. A la partie interne et sur toute la hauteur de la bourse, la tumeur est nettement fluctuante *Enfin à la partie inférieure et un peu en arrière, on sent une masse dure, douloureuse à la pression, qui est le testicule. Le malade dit nettement qu'il a toujours senti son testicule au même endroit.*

Par transparence on ne voit pas la lueur d'une bougie à travers la bourse gauche; à droite, au contraire, on la perçoit nettement.

Diagnostic et traitement. — Le diagnostic posé est : hématocèle vaginale de la bourse gauche ; dans la région où l'on perçoit une plaque indurée, on suppose qu'il existe une complication sur laquelle il est difficile de se prononcer.

M. le professeur Heydenreich se propose d'ouvrir largement la cavité vaginale, puis de se décider, suivant l'état des parties, soit pour la décortication, soit pour la castration.

Opération. — *Le 21 décembre,* après qu'on eut rasé et lavé, avec une solution faible d'acide phénique, les parties à inciser, on fit, sous le chloroforme, une incision cutanée allant de l'anneau inguinal externe jusqu'à 5 centimètres de la pointe du scrotum Incision, sur la sonde cannelée, des différentes couches jusqu'à la vaginale, qui est ponctionnée au bistouri. Il s'échappe un jet de liquide jaune-brun, ressemblant à une solution faible de teinture d'iode: la quantité peut être évaluée à 350 grammes.

La poche vidée, on prolonge l'incision de la vaginale et on voit que la cavité vaginale est peu modifiée ; la paroi est légèrement hypertrophiée, mais sans végétations; le testicule est à peu près de volume normal et occupe le fond de la cavité vaginale.

On remarque alors sur la face externe du feuillet pariétal de la vaginale une tumeur aplatie, dure, longue de 8 à 10 centimètres, large de 6 à 7 centimètres, ayant la pointe au niveau de l'anneau inguinal externe et sa grosse extrémité en bas vers la pointe du scrotum. Cette tumeur adhère intimement à la vaginale et la décortication se fait laborieusement au bistouri. Pendant cette manœuvre, une ouverture est faite à la paroi de la tumeur, et il s'écoule 50 centim. cubes d'un liquide rouge-noirâtre, tenant en suspension de gros caillots noirs assez consistants. La décortication autour de la tumeur se fait plus facilement.

Nous étions donc en présence d'une double poche, l'une formée par la vaginale, l'autre ayant dans ses parois d'une part le feuillet pariétal de la vaginale, d'autre part la tunique fibreuse commune.

Lavages antiseptiques à l'acide phénique. Suture de la vaginale au catgut; ligature de quelques vaisseaux au catgut. Enfin suture des téguments externes au crin de Florence. Petit drain dans la vaginale. Plus gros tube dans la poche sous les téguments externes

Poudre de salol et compresses phéniquées, comme pansement.

L'opération a duré une heure. Le malade a très-bien supporté le chloroforme sans vomir pendant ni après l'anesthesie. A dormi pendant l'après-midi. Prend un peu de bouillon et de vin dans la soirée. Se plaint le soir d'une sensation de picotement dans la bourse gauche. — T = 37°.

22 décembre. — A peu dormi la nuit. Ce matin il a eu un peu de fièvre. Les bourses sont très-distendues. Le tube de la vaginale semble sorti de la cavité vaginale; on le retire. Par le tube placé sous les téguments s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent. — Lavages phéniqués. — Pansement humide. — T = m. 38°4; s. 39°.

23 décembre. — A peu dormi pendant la nuit. Les bourses sont moins grosses. Le malade mange bien, ne se plaint pas. Ne sent que quelques petites lancées à l'endroit opéré. A eu sept selles diarrhéiques. — Potion à l'extrait thébaïque. — T = m. 39°; s. 37°6.

24 décembre. — A bien dormi cette nuit. N'a pas été à la selle depuis hier matin. — Lavage de la cavité. Il s'écoule toujours un liquide fortement chargé de sang. — T = m. 38°4.

25 décembre. — Le gonflement a presque entièrement disparu.

27 décembre. — On fait sauter les deux fils supérieurs de la suture cutanée, la réunion ne s'étant pas faite à ce niveau. Le liquide qui sort du tube est toujours sanguinolent et même, aujourd'hui, il est arrivé quelques caillots. Le malade dort et mange bien.

29 décembre. — On fait sauter cinq autres points de suture; la réunion est par faite sur leur trajet. Toujours liquide sanguinolent, en faisant les lavages. Le malade va bien.

31 décembre. — La réunion des cinq fils inférieurs s'est rompue. Lavage de la poche; le liquide revient toujours sanguinolent. Le malade ne sent plus aucun picotement dans les parties. La cavité vaginale s'est fermée sans suppurer. — État général très-bon.

2 janvier 1889. — Le malade a été deux fois à la selle ce matin, en diarrhée. La plaie est toute inondée de sang et l'injection ramène un gros caillot frais de la poche. — État général toujours très-bon.

La marche de la guérison, à partir de ce moment, est régulière. Le malade quitte l'hôpital *le 26 janvier:* sa plaie est parfaitement cicatrisée; le volume de la bourse gauche ne dépasse que faiblement la normale; il existe quelques adhérences entre la peau et le testicule.

Juin 1889. — Nous revoyons le malade. Tout va parfaitement bien: l'hydrocèle vaginale droite a disparu et la cicatrice de la bourse gauche est peu marquée. Du reste notre homme se trouve tout à fait à son aise et nullement incommodé.

Examen de la tumeur. — La tumeur sanguine extra-vaginale avait une forme piriforme. Les parois sont formées par une substance ayant la consistance du caoutchouc, et forme des couches concentriques, d'une épaisseur générale d'un centimètre environ. A la partie la plus externe les couches sont d'un gris-blanc; en se

rapprochant de la cavité, les couches deviennent de plus en plus foncées jusqu'à avoir la couleur des caillots sanguins décolorés (caillots actifs de Broca).

L'examen histologique a montré les éléments ordinaires de l'hématocèle fibrineuse, avec des vaisseaux assez nombreux et des cristaux d'hématoïdine, mais cependant aucun élément que nous soyons autorisé à regarder comme de nouvelle formation.

Il est curieux d'opposer cette observation à la précédente à cause du mécanisme différent dans la production de l'hémorrhagie. En effet, tandis que dans le cas de M. le professeur Gross, c'est une piqûre du testicule qui a amené l'épanchement sanguin, il est évident que, chez le malade de M. le professeur Heydenreich, c'est la piqûre d'une veine de la couche externe de la tunique vaginale qui a produit la collection sanguine.

Cet homme se servait lui-même d'un trocart et croyait agir comme il l'avait vu faire, en n'enfonçant que la pointe du trois-quarts jusqu'au fourreau, c'est-à-dire d'une longueur de 4 ou 5 millimètres environ, et il laissait ensuite le liquide couler à même de la tumeur. Cette manœuvre lui ayant chaque fois réussi, le jour où l'accident lui est arrivé il aura cru pouvoir donner un coup de pointe moins énergique et moins profond que les autres fois ; c'est à ce moment qu'il a blessé un des vaisseaux superficiels de la vaginale. Cette blessure n'aurait eu aucune suite si le malade n'avait pas cherché à vider bon gré malgré sa tumeur, en enfonçant cette fois son trocart de la longueur habituelle. L'hémorrhagie ne se trouvant plus contenue par la pression excentrique de la tumeur d'une part et par la peau de l'autre, mais étant au contraire favorisée par l'espèce d'aspiration produite par la disparition de la tumeur, s'est répandue à son aise sous la tunique fibreuse, où plus tard elle s'est collectée en un foyer bien délimité.

Observation CXLIII

Hydrocèle vaginale droite communiquant avec la cavité abdominale ; hématome du scrotum concomitant.

Par le docteur Berthold Flothmann, à Ems (1).

Joseph Fries, âgé de 51 ans, de Cadenbach, près d'Ems, remarqua, il y a environ 4 ans, dans la bourse droite une tumeur, grosse comme le poing, qui le gênait fort peu. Mais dans l'après-midi du 26 octobre 1887, en voulant soulever un rail de voie ferrée, il ressentit tout à coup une violente douleur dans la bourse droite ; il dut abandonner son travail et il se développa dans cette région une tumeur qui augmenta tellement pendant la nuit que le lendemain matin, quand le malade fut

---

(1) *Berliner Klinischer Wochenschrift*, 1888, n° 28, avec fig. *Centrablatt für chirurgie*, 1888, n° [illegible]. p. 56.

amené dans mon servcie, elle avait presque acquis le volume d'une tête d'homme. Pour former cette tumeur uniformément globuleuse la peau du scrotum, tendue à son maximum, les régions voisines du périnée et du pénil étaient attirées ainsi que celle de la verge à tel point qu'à la fin le gland ne surplomba plus la masse que de trois centimètres.

En contradiction avec cette dilatation importante de la peau du scrotum, qui était rouge et par places, bleu-foncée, les parois du scrotum me parurent élastiques mais épaissies. Impossible de sentir les testicules. Fluctuation obscure. Pas de transparence. Percussion sonore. Deux ponctions exploratrices faites obliquement et superficiellement avec un assez gros trois-quarts ne donnèrent aucun résultat. Une troisième ponction dirigée profondément vers le centre de la tumeur laissa écouler de la sérosité mêlée à un peu de sang.

Sous le chloroforme et en prenant les précautions antiseptiques habituelles, je fis une incision cutanée de 15 centimètres environ, partant du canal inguinal et descendant sur la moitié droite de la tumeur, et, à mon grand étonnement, je tombai sur une tunique dartoïque œdématiée, épaisse de trois à quatre centimètres. La coupe avait un aspect granuleux avec une couleur générale rose et était parsemée de très-nombreux petits points d'un rouge-foncé ; sa consistance était molle. Après l'ouverture de la cavité du scrotum je fis sortir trois mains pleines de sang épanché, qui, avec du tissu cellulaire lâche, englobait la tunique vaginale presque jusqu'à l'anneau inguinal interne. En sectionnant la vaginale (*tunica propria*), je fis écouler environ 200 grammes de sérosité et je pus constater que par le canal inguinal resté ouvert l'hydrocèle communiquait avec la cavité abdominale. *Dans la paroi vaginale hypertrophiée, fibreuse et colorée par places en jaune* je constatai la présence du testicule atrophié.

J'extirpai le testicule droit et la tunique vaginale à quelques centimètres au-dessous de l'anneau inguinal. Pour lier le cordon spermatique, la double ligature me parut offrir une assez grande garantie contre la chute du fil. C'est pourquoi saisissant entre le pouce et l'index les artères du cordon repoussées sur un côté, je perçai le centre de ce cordon avec une aiguille armée d'un long fil, séparai l'aiguille du double filet fis la ligature sur les deux côtés ; de cette façon la double ligature était fixée dans le milieu et donnait de la sécurité contre son glissement et l'hémorrhagie consécutive. Une excision d'une bande elliptique de 15 centimètres sur 6 centimètres le long du raphé permit de jeter un coup d'œil dans la bourse gauche qui ne contenait pas de sang et possédait un testicule normal.

Ensuite, pour ménager une bonne obturation de la cavité abdominale, j'utilisai le reste supérieur du sac vaginal et plaçai une double suture dans l'intention, en suturant de chaque côté la peau et la séreuse au moyen de 8 points de suture au catgut, de recouvrir le dartos si épais par une espèce de pont et de faire ensuite la suture de la vagino-scrotale d'un côté avec celle de l'autre. La première espèce de suture produisit un enroulement des surfaces incisées et la cavité abdominale ne vint pas en contact avec la surface d'une plaie ; la cicatrice qui se fit forma un solide bouchon contre l'ancien canal inguinal ouvert. Peut-être l'indication d'un pareil genre de bouchons à l'entrée de la cavité péritonéale se pose-t-elle aussi dans les cas

d'opération radicale des hernies (hernie inguinale externe), quand l'extirpation du sac s'impose.

Après avoir fait avec soin la suture de la partie inférieure de la plaie (30 points de suture), avoir mis un drain et fait un lavage antiseptique, je mis un pansement.

Pas de fièvre. Rejet du drain au cinquième jour. Guérison par première intention en quatorze jours.

Nous avons cru devoir ranger ici ce cas d'hématome du scrotum, car il présente bien des points intéressants, tant à cause de son volume inusité, qu'à cause de son siège et de son étiologie.

D'abord son étiologie. Voilà un homme, âgé de 51 ans, porteur, depuis 4 ans, d'une hydrocèle volumineuse droite ; la vaginale était hypertrophiée, fibreuse et colorée par places en jaune, par conséquent en voie de dégénérescence. En faisant un effort, notre homme ressent une vive douleur dans la bourse droite et constate l'augmentation rapide de sa tumeur avec ecchymose. Comment allons-nous l'expliquer? Quel est le mécanisme de cette énorme production du sang ?

Nous aurions volontiers voulu rapporter ce cas à ceux que nous avons décrits à propos de l'hématome pariétal par rupture de la vaginale. Ici cette séreuse était dans un état de dégénérescence avancée et, par le mécanisme que nous avons décrit, il n'y aurait rien d'étonnant à ce que cette rupture se produisît. Mais M. Flothmann ne parle pas d'une lésion semblable observée sur la pièce pathologique et n'a retiré que de la sérosité, par l'incision de la tunique vaginale.

Il ne nous reste donc qu'à recourir au mécanisme soit de Le Dran (compression des vaisseaux spermatiques dans l'abdomen), soit de Velpeau (arrêt momentané de la circulation veineuse dû à la constriction du cordon spermatique par quelques fibres musculaires, à disposition speciale du muscle grand droit de l'abdomen). Et ici, nous pouvons d'autant mieux adopter cette étiologie, qu'il est aujourd'hui parfaitement prouvé que les veines, rampant à la surface de la séreuse vaginale distendue par une tumeur quelconque, participent pour ainsi dire d'une façon proportionnelle à cette dilatation, au point d'acquérir des dimension parfois énormes. En même temps qu'elles se dilatent, les parois de ces veines subissent une véritable transformation qui les désagrège, les rend plus friables, et alors la moindre tension du liquide intérieur peut les faire éclater.

Quant au siège de cet hématome, il ressort et de la description de M. Berthold et de la description que nous venons de donner du mécanisme de rupture des veines circulant à la partie externe de la séreuse. Il est évident, d'après la description de l'auteur, quil y a eu d'abord infiltration sanguine dans ce qu'il appelle le tissu dartoïque (tissu cellulaire sous-

cutané) ; mais il est non moins évident que ce n'était là qu'un phénomène accessoire et que la collection sanguine se trouvait entre la fibreuse et la séreuse *(tunica propria)*, puisqu'elle remontait le long du cordon jusqu'à l'anneau inguinal interne. Nous avons dit ailleurs comment, dans les grandes accumulations de sang péri-vaginal, ce sang filait, par des éraillures de la séreuse, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Observation CXLIV

Hématome enkysté de la tunique vaginale.

Par Marcé (1).

Marcé présente à la Société anatomique de Paris, sous le nom d'hématocèle enkystée de la tunique vaginale, une tumeur recueillie sur le corps d'un malade qui était entré à la Charité pour une hématocèle très-volumineuse du côté gauche ; traité par l'incision multiple et le séton, il a fini par succomber à des accidents d'infection putride.

Sur le vivant, le testicule droit se présentait surmonté d'une tumeur du volume du pouce à peu près, dure, insensible, allongée d'avant en arrière. Au-dessous, on pouvait distinguer la glande séminale avec sa consistance, son élasticité, sa douleur caractéristique. Aucun renseignement sur la cause et la marche de la maladie.

Isolé, le testicule offre deux parties distinctes : en bas la glande à l'état normal ; en haut, une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, bosselée, non fluctuante.

C'est un kyste dont les parois, épaisses en certains points de 2 à 3 millimètres, durs et comme cartilagineuses, se laissent à peine couper par le scalpel. Le contenu est formé de grumeaux réunis par une matière pulpeuse, couleur chocolat, rappelant par son aspect celle que l'on trouve dans certaines loupes du crâne. Par l'examen microscopique, on y constate, à côté de masses amorphes de fibrine, des globules sanguins en abondance, les uns intacts, les autres plus ou moins altérés.

Au premier abord, on pourrait prendre cette tumeur pour l'épididyme transformé ; mais une dissection attentive montre qu'elle est complètement indépendante du testicule. Voici les résultats de cette dissection : La cavité vaginale ne peut-être retrouvée d'une manière distincte ; à la place des feuillets séreux, on ne rencontre que des lames multiples de tissu cellulaire. Le canal déférent adhère à la partie postérieure de la tumeur et descend jusqu'à sa base ; il peut être suivi entre elle et le testicule ; on arrive ainsi à l'épididyme qui est comprimé, atrophié, mais non altéré dans sa structure.

En conséquence, tout porte à croire que cette tumeur n'est autre chose qu'une hématocèle enkystée dans la tunique vaginale et adhérente à la partie antérieure et supérieure du testicule.

Puisque Marce rejette l'idée d'une Hématocèle de l'épididyme, nous ne

---

(1) *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, p, 9, 1855.

voyons plus guère que l'Hematome extra-vaginal à admettre. Cette hématome aura enflammé la séreuse par voisinage et la cavité vaginale aura disparu par adhérence des parois.

Observation CXLV

Hématome extra-vaginal par coup de pied.

Par Th. Kocher (1).

Un vieillard reçut un coup de pied ; douze jours après il offrait au pôle postérieur et inférieur du testicule un hématome extra-vaginal, gros comme une pomme ; la peau qui le recouvrait, *rouge-noire dans les débuts*, était mobile. Le testicule était à sa place normale ; l'épididyme se sentait nettement à la partie antéro-externe de la tumeur.

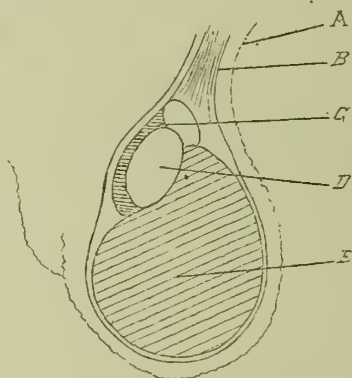


Figure scéhmatique

A. — Peau du scrotum.
B. — Fibreuse.
C. — Cavité vaginale.
D. — Testicule coiffé de son épididyme.
E. — Hématome extra-vaginal.

Observation CXLVI

Hématomcèle extra-vaginale spontanée.

Par Th. Kocher (1).

Au mois de juillet 1879, M. le Docteur Bourgeois me montra un homme de

---

(1) Kocher. — In : *Deutsche Chirurgie*, 50e vol. p. 44.
(2) Kocher. — *Deutsche Chirurgie*, 50e vol. p. 45.

33 ans qui avait le testicule droit plus volumineux et descendant plus bas que le gauche (varicocèle ?) Il y a 24 heures, il sauta de cheval sans contusionner aucunement son testicule. En une demi-heure, au milieu de douleurs atroces, il se forma une tumeur grosse comme le poing, et l'on constate maintenant une tumeur ovale, grosse comme un œuf d'oie, de consistance élastique et dépressible. Le testicule, en position normale, se trouve à la partie antérieure et supérieure de la tumeur ; la tête de l'épididyme la dépasse légèrement. — *La peau du scrotum etait bleue*, et se plissait facilement.

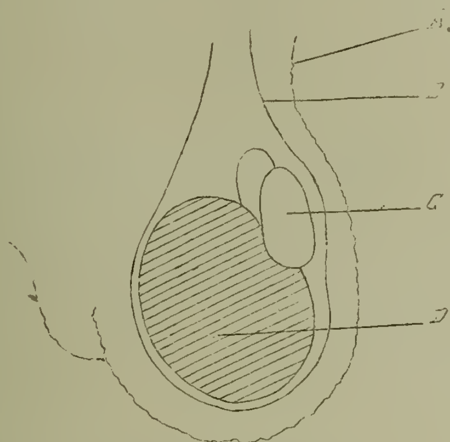


Figure schématique

A. — Peau du scrotum.
B. — Fibreuse.
C. — Testicule surmonté de son épididyme.
D. — Hématome extra-vaginal.

Observation CXLVII

Hæmatocele lateralis ; zweimalige Punktion ; Heilung.

Par Kormann.

In : *Corresp.-Blatt des Allgem. artzl. Verein. Von Thüringen*, Weimar 1878, VII, p. 122, 132, 156.

Observation CXLVIII

Traumatic Hæmatocele ; extirpation.

Par Schenk.

In : *Arch. Clinical Surgery*, New-York, 1876, I, p. 37.

Observation CXLIX

Hématocèle traumatique extravaginale du cordon spermatique gauche.

Par D. Pasini.

In : *Raccoglitore med.,* Forli, 1883, 4e t. XIX. 118, 128.

Observation CL (Très-résumée.)

Encysted Hæmatocele. — Incision. — Recovery. — Hématocèle enkystée du scrotum. — Incision antiseptique. — Guérison.

Par Knipe.

Ce kyste se trouvait au-dessus du testicule, qui était couché au fond du scrotum et formait le sommet de la tumeur. Celle-ci était pyriforme et indépendante de la vaginale. Ses parois avaient trois quarts de pouce d'épaisseur et contenaient un liquide couleur chocolat avec des caillots dus probablement aux ponctions antérieures. — On remplit de charpie antiseptique. — Guérison par granulations.

Etait-ce une hématocèle enkystée du cordon, de l'épididyme ou du tissu cellulaire ? Knipe ne se prononce pas.

In : *The Lancet.* London 1880, II, p. 300.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Pott (P.). — Observations (30-32), *loc. cit.*

Svalin. — *Hygiea*, 1845, *loc. cit.*

Bowman. — In : *Medico-chir. Transactions*, t. XXXIII, *loc. cit.*

Jamain. — Thèse d'agrégation, 1853, *loc. cit.*

Chassaignac. — In : *Bull. Soc. chir.* Paris, 1851-52, p. 342 et 347.

Rehn. — In : *Centralblatt für Kinder*, 1855, n° 6, *loc. cit.*

Marcé. — In : *Bull. Soc. anat.* Paris, 1855, p. 9.
In : *The Lancet*, 1860.

Schenk. — Traumatic Hæmatocele. — In : *Arch. clinical Surgery.* New-York, 1876, t. I, p. 37.

Pezoldt. — In : *Archiv. für Klin. Med.* 1876.

Kocher. — In : Index général.

Kormann. — In : *Corresp. — Blatt des allg. ärtzl. Verein von Thüringen.* Weimar, 1878, VII, p. 122.

Uthoff. — In : *British Med. Journal*. 1880, p. 52.
Knipe. — Encysted Hæmatocele. — In : *The Lancet*, 1880, II, p. 300.
Pasini. — In : *Raccoglitore med.* Forli, 1883, 4e s., XIX, p. (118-128).
Melchiori. — Dell' idrocele. — In : *Annal. univers.* Vol. CXCVI.
Thormann. — In : *Schweiz. Zeitschr. für Heilk.* Vol. II.
Flothmann (Berthold). — In : *Berliner klinischer Wochenschrift*, 1888, nº 28, avec fig. — Et : *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, nº 3, p. 56.
Deladrière. — Des Hydrocèles enkystées au-dessus de la vaginale. *Thèse de Paris*, 1878.

CHAPITRE V

Pathogénie de l'hématome du scrotum.

On comprend d'abord difficilement comment la contusion des bourses peut être assez grande pour produire un épanchement sanguin. « Aucune contusion ne se produit, dit Velpeau, sans qu'il y ait un point d'appui, une puissance et une résistance. » On voit parfaitement comment se développent les épanchements sanguins au crâne, à la partie antérieure du tibia ; dans ces régions, l'os placé superficiellement sert de point d'appui. Ici, en effet, les conditions exposées dans la proposition de Velpeau se trouvent réalisées de la manière la plus complète. En est-il de même pour les bourses ? Là on trouve le scrotum fuyant devant le corps contondant. De plus, on trouve le testicule extrêmement mobile, ainsi que le signalent tous les anatomistes ; le testicule ne saurait donc offrir un point d'appui suffisant.

Mais si nous remarquons quelle est la direction du choc qui vient frapper le scrotum, nous voyons que dans bien des cas l'agent vulnérant vient frapper les bourses de bas en haut : c'est de cette manière qu'agissent les coups de pied, qui sont si souvent cause de l'épanchement sanguin ; c'est encore de la même manière que les bourses se trouvent contuses sur le pommeau de la selle, chez les gens qui montent à cheval, etc... Les bourses sont alors refoulées vers la partie supérieure, le testicule échappe par sa mobilités et les téguments et les parties sous-jacentes se trouvent comprimés entre l'agent vulnérant et le corps du pubis On trouve donc là les trois éléments nécessaires à la production d'une contusion : point d'appui, puissance et résistance. Quant à la résistance, nous devons faire une remarque : le derme, beaucoup plus solide que les couches sous-jacentes, résiste davantage, de sorte que ce sont les parties qui sont comprises entre les surfaces cutanées antérieure et postérieure qui se déchirent sous l'influence du traumatisme.

Lorsque l'agent vulnérant agit obliquement sur les bourses, ce n'est plus le pubis, mais sa branche descendante et la branche ascendante de l'ischion qui servent de point d'appui. Le mécanisme est absolument le même que celui que nous avons exposé plus haut.

On conçoit facilement qu'un coup porté sur une tumeur des bourses puisse

donner naissance à un épanchement sanguin par rupture des vaisseaux qui serpentent à sa surface. Ainsi Giron (1) a signalé un sarcome kystique du testicule sur la face antérieure duquel serpentait une *veine grosse comme le tuyau d'un porte-plume*, partant de son bord externe et montant en avant pour aller à son sommet rejoindre le cordon. Cette tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme et siégeait dans la bourse à gauche. A propos de l'hématocèle vaginale, Polaillon dit que, dans un cas, les parois étaient très-épaisses et que *les vaisseaux du cordon qui émergeaient d'une pareille masse battaient comme des radiales et leur ensemble avait le volume d'un intestin distendu*.

La laxité des divers plans qui constituent les bourses, jointe à la finesse du tissu cellulaire dépourvu de graisse qui est interposé entre eux, fait prévoir avec quelle facilité le sang extravasé peut se répandre dans toutes ces couches, s'infiltrer dans les mailles de leurs tissus, ou se collecter en quelque point, refoulant les lames cellulaires et se creusant à leurs dépens une cavité qu'il remplit aussitôt.

La règle, nous devons le dire de suite, est qu'un traumatisme un peu violent donne lieu à la production simultanée d'infiltrations et d'épanchements. L'un ou l'autre de ces états peut cependant se rencontrer separément, comme il peut accompagner l'hématocèle testiculaire, funiculaire ou vaginale.

Après ce que nous avons dit, au chapitre de l'anatomie, sur l'existence d'une poche virtuelle dans chaque bourse, on peut se demander si l'on peut encore appliquer ici la théorie de la formation des kystes sanguins dans le tissu cellulaire en général. Ne serait-il pas, au contraire, bien plus simple d'admettre que le sang épanché en grande quantité d'un vaisseau divisé se déversera facilement dans une poche excessivement extensible, plutôt que de refouler le tissu conjonctif à la périphérie pour s'en former une espèce d'enveloppe. Une fois formé, le kyste sanguin subira toutes les transformations des épanchements sanguins dans les cavités séreuses.

Or, dans une thèse inaugurale, Curtis (2) a démontré qu'il faut, pour que la non résorption ait lieu, qu'une hémorrhagie se fasse :

1° Dans une bourse séreuse accidentelle ou naturelle ;

2° Dans un décollement traumatique de la peau ;

3° Dans les tissus sains, mais en telle abondance qu'il se forme à l'instant une tumeur sanguine très-volumineuse.

---

(1) *Bull. soc. anat. de Paris,* 1879. p. 541. Sarcôme kystique du testicule et de l'épididyme, par J. Giron, interne des hôpitaux.

(2) Curtis (Ch.-F.) — Etude sur les épanchements sanguins enkystés du tissu cellulaire et des muscles. — Thèse de doctorat, Lille, 1883.

Les épanchements sanguins au scrotum doivent, selon-nous, rentrer dans la première catégorie, car, si l'hémorrhagie est très-rapide et très-considérable, ou bien il y aura sphacèle de la peau, ou bien résorption et par conséquent il ne saurait être question de kyste.

Nous devons cependant avouer que notre théorie, plausible dans le cas d'hématomes sous-cutanés, n'est plus applicable quand il s'agit des hématomes de la cloison des bourses ou extra-vaginal. Dans le cas de M. Jullien, l'infiltration sanguine formait une véritable muraille résistante, élastique, épaisse de deux centimères, sans indice de collection en aucun point. Le malade, opéré par M. Reclus, portait un kyste sanguin nettement situé dans le septum. Il n'existe rien dans l'anatomie de la cloison, à part la richesse vasculaire, qui puisse nous expliquer cette localisation spéciale.

Nous n'avons pas à reproduire ici les innombrables causes qui peuvent produire l'hématocèle pariétale du scrotum ; nous les avons signalées à propos de chacune de ses variétés.

CHAPITRE VI

Symptômatologie de l'Hématome du Scrotum.

Dans l'hématocèle pariétale due à un violent traumatisme, une douleur violente, capable de déterminer la syncope, est le premier phénomène par lequel se traduit quelquefois la contusion du scrotum. Cette douleur s'explique facilement, étant donnée la riche innervation du scrotum que nous avons d'ailleurs exposée au chapitre de l'Anatomie.

L'Hématome (par infiltration) est facile a reconnaître : la peau des bourses est plus ou moins tendue, lisse ; ses plis normaux sont presque effacés. Les téguments présentent une coloration violette, noirâtre, quelquefois marbrée, ce qui tient à ce que, dans certains points, l'épaisseur de la couche sanguine infiltrée est plus considérable. L'ecchymose ne se borne pas à la région des bourses ; on la voit s'étendre, lorsque l'infiltration est considérable, aux téguments de la racine du pénis ; dans certains cas, toute la peau de la verge, le prépuce même participent à la coloration et à la tuméfaction ; enfin, il n'est pas rare de voir l'infiltration sanguine s'étendre au périnée, à la partie supérieure et interne des cuisses et même sur le ventre. Quelquefois, la coloration peut se limiter nettement à l'une des bourses et se terminer exactement le long du raphé par un ruban violacé, comme l'a observé M. Jullien (1). Très souvent, l'infiltration s'accuse par des taches irrégulières violettes ou noirâtres, ou des marbrures rosées ou rouge-foncées. La peau, si mobile ordinairement, est fixe, adhérente à la couche un peu pâteuse qui la double. La cloison offre souvent un empâtement curieux et limité à elle-même.

Dans certaines infiltrations très-abondantes, le sang peut remonter de proche en proche jusqu'au rein et même jusqu'au diaphragme (J.-L. Petit, Jobert et Gallard). Quelquefois cette infiltration est tellement considérable qu'elle peut occasionner une rétention d'urine (J.-L. Petit).

Cette maladie est généralement légère ; on observe cependant dans quelques cas une douleur très-vive, qui dépend de la contusion et de la distension rapide des parties ; cette douleur peut quelquefois simuler de véritables coliques qui sont dues probablement à la contraction du dartos (Kocher). Ce n'est que dans des circonstances beaucoup plus rares que

---

(1) Jullien (L.). — *Loc. cit.*

l'on observe des symptômes généraux, de la fièvre, de l'agitation, mais ces accidents disparaissent généralement au bout d'un temps assez court.

L'intensité des symptômes généraux varie avec la violence du traumatisme, avec la quantité de sang épanché et la tension des téguments.

Les phénomènes qui se manifestent lorsque la maladie est abandonnée à elle-même sont ceux que l'on observe à la suite de tous les épanchements sanguins. — La distension considérable de la peau des bourses, l'amincissement de cette membrane, peuvent être considérés comme des circonstances peu favorables à l'absorption.

Les Hématomes (par épanchement), présentent quelques symptômes qui leur sont communs avec l'infiltration. Ainsi on remarque la tuméfaction des bourses, la tension des téguments, leur coloration d'un violet foncé. On voit souvent une tumeur piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas ; il est à remarquer, en effet, que souvent la tumeur occupe la partie inférieure des bourses, le sang tendant toujours, par son propre poids, à se porter vers les parties les plus déclives.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'épanchement soit aussi considérable que l'étendue de l'ecchymose pourrait le faire supposer. Dans un assez grand nombre de cas, le foyer sanguin est bien circonscrit, et autour de ce foyer existe une infiltration qui peut s'étendre au-dessous des téguments circonvoisins.

Les symptômes propres à l'épanchement, sont les suivants : la tumeur est molle, fluctuante, donnant parfois a la main une sensation de tremblement particulier ; parfois même ce tremblement peut être aperçu à l'œil, comme dans le cas de Gosselin. Est-il nécessaire d'ajouter que, dans ces sortes de tumeurs, l'absence de transparence est un phénomène constant.

Lorsqu'on examine le malade quelques jours après l'accident, les phénomènes changent ; ainsi l'on voit que le gonflement a diminué, il semble se limiter à la partie qui est le siège de l'épanchement ; la tumeur ne présente plus qu'une fluctuation obscure et, si on la presse, on éprouve une sensation de crépitation sourde que l'on a comparée, avec assez de justesse, au froissement de la neige, à la compression de l'amidon en poudre et qui résulte de l'écrasement des caillots. Enfin, à une période plus avancée, la tumeur présente une consistance plus ferme et assez grande pour faire croire à l'existence d'une tumeur solide du scrotum. Dans ce dernier cas, il faudra s'assurer par une ponction exploratrice de la nature de la tumeur. Le signe caractéristique de ces collections sanguines est leur union intime avec l'appareil tégumentaire dont elles font partie, leur adhérence avec l'enveloppe cutanée, qui souvent présente à leur niveau une bosselure sertie dans une base dure comme du cartilage. Il faut faire une exception

pour l'espèce d'hématome du scrotum que nous avons nommé extra-vaginal : la collection sanguine se faisant sous la tunique fibreuse, il est impossible qu'il y ait des adhérences de la peau à la tumeur.

Quant au testicule, il est tout à fait libre ; il n'est point réuni à la tumeur et l'on peut facilement le faire mouvoir de haut en bas et de bas en haut ; cette indépendance parfaite de la tumeur et du testicule s'observe à toutes les périodes de la maladie, sauf quand l'empâtement des couches superficielles est trop considérable pour permettre de saisir les organes sous-jacents. De même l'épididyme et le cordon sont libres. Ces caractères permettront souvent d'exclure l'idée d'hématocèle vaginale.

Le testicule se trouve en arrière, en bas et en dedans. On peut se demander pourquoi cette position constante du testicule, Kocher l'explique par des adhérences du testicule à la peau en cet endroit. Nous avons eu beau chercher, nous n'avons jamais trouvé les adhérences dont il parle, quand nous avons pratiqué les injections artificielles dans le tissu cellulaire du scrotum. Le testicule se trouve tout simplement en arrière, en bas et en dedans de l'appareil suspenseur des bourses, appareil formé de tissu cellulaire et de lames fibreuses et l'épanchement sanguin trouvant à se développer librement en avant et dans les parties latérales du scrotum, il est tout naturel qu'il se porte d'abord de ce côté, pour contourner ensuite le testicule en arrière, de sorte que celui-ci se trouve fixé contre le septum et la paroi postérieure des bourses.

Si l'ecchymose du scrotum est le phénomène objectif qui s'observe le plus souvent dans les cas d'hématocèle pariétale, il peu survenir des cas où même une extravasation considérable de sang ne se traduira du côté de la peau que par des phénomènes peu nets, témoin ce cas de G. Walter (1): Un homme avait une forte infiltration sanguine sous-cutanée à la suite d'une rupture de la vaginale ; la peau était simplement devenue un peu brunâtre, et cependant, en faisant l'incision, il trouva une grande quantité de sérum et de sang coagulé dans le tissu cellulaire. A quelle cause doit-on attribuer cette exception ? Nous croyons que la rapide coagulation du sang en est le facteur principal : les parties les plus colorées restent dans les caillots et le sérum, peu chargé de couleur, se résorbe en donnant une teinte simplement brunâtre à la peau.

Il est des cas dans lesquels l'épanchement sanguin peut rester pendant un temps plus ou moins long sans produire d'autres symptômes que ceux qui résultent du volume de la tumeur. Il n'existe que peu ou point de douleurs, qui peuvent toutefois être augmentées par la pression. Tel est le cas rapporté par Z... (2) où l'épanchement sanguin présentait les caractères de l'épididymite aiguë : dureté et sensibilité à la pression.

---

(1) G. Walter. — *Loc. cit.*
(2) Z... — *Loc. cit.*

CHAPITRE VII

Diagnostic de l'Hématome du scrotum.

Aussitôt après sa production l'hématome du scrotum n'offre aucune difficulté de diagnostic ; on retrouvera tous les symptômes que nous avons décrits au chapitre précédent. Mais à une période plus éloignée on se trouvera souvent fort embarrassé. On pourra confondre une hématocèle avec un certain nombre d'affections du scrotum, du cordon et du testicule. Aussi allons-nous étudier successivement et dans autant de paragraphes spéciaux le diagnostic différentiel de l'hématome du scrotum avec l'hématocèle herniaire, les tumeurs vasculaires, les kystes pariétaux, l'hématocèle funiculaire et les tumeurs solides. Mais auparavant, disons un mot des deux formes, infiltration et épanchement, de l'hématocèle du scrotum.

I. — Diagnostic différentiel entre l'Hématome par infiltration et l'Hématome par épanchement.

L'infiltration et l'épanchement sanguin coexistent presque toujours au scrotum, de sorte qu'il devient extrêmement difficile de se prononcer tant que l'une des deux affections n'a pas disparu. Or est-il bien utile de faire le diagnostic différentiel entre l'hématome infiltré et l'hématome enkysté ? Non, car le traitement du début est le même dans les deux cas, et ce n'est que bien plus tard que l'on arrive à savoir si l'on a affaire à une poche sanguine ; c'est à ce moment seulement qu'on pourra instituer le traitement approprié.

II. — Diagnostic différentiel entre l'Hématome et l'Hématocèle vaginale du scrotum.

Nous n'avons pas à nous occuper du diagnotic différentiel entre l'hydrocèle vaginale et l'hématocèle pariétale, car si le doute était jamais possible, la ponction nous éclairerait. Dans le cas d'hématocèle vaginale la difficulté

serait déjà plus grande. Gosselin (1) revient à plusieurs reprises sur la confusion possible entre l'hématocèle pariétale et l'hématocèle vaginale, et n'admet pas comme probable l'origine traumatique des hématocèles vaginales anciennes : « Chaque année, dit-il, nous voyons passer dans nos services d'hôpitaux deux ou trois malades qui, après avoir reçu un coup de pied sur les bourses ou être tombés sur le périnée, ont une ecchymose considérable du scrotum et une tumeur dont la fluctuation ne devient évidente qu'au bout de quelques jours.... Il ne m'est pas démontré que dans tous les cas de ce genre la collection fluctuante occupe, ainsi qu'on le pense habituellement, la cavité vaginale elle-même. Plusieurs fois, et notamment sur trois malades dont j'ai les observations sous les yeux, j'ai constaté que le liquide, au lieu d'entourer le testicule, comme je l'avais cru pendant les premiers jours, se trouvait distinct de lui et *placé dans une poche accidentelle du tissu cellulaire* ; ce fait a été d'autant mieux établi que, la résolution ayant tardé à s'opérer, j'ai dû inciser ; j'ai ainsi reconnu que le doigt n'arrivait pas sur le testicule, ce qui aurait eu lieu, si la tunique vaginale avait été ouverte..... »

« Depuis que j'y regarde avec plus d'attention, je n'ai pas eu une seule fois l'occasion d'observer d'autre hématocèle traumatique que l'hématocèle pariétale. Sans nier la possibilité de l'hématocèle vaginale, je la crois au moins très-rare. En effet, un épanchement traumatique dans la cavité séreuse ne peut se produire que de deux façons : ou bien par la rupture des capillaires de la membrane, ou par la déchirure, soit de la membrane elle-même, soit du testicule. Or la rupture des capillaires normaux ne suffirait pas pour donner lieu à des tumeurs aussi volumineuses que celles qu'on observe en pareil cas, car les vaisseaux dont il s'agit sont trop petits et trop peu nombreux, à l'état normal, pour donner un pareil résultat. D'un autre côté, la rupture de la séreuse et celle du testicule, quoique possibles et démontrées par les faits, sont cependant trop difficiles et trop rares pour qu'on soit autorisé à admettre qu'elles ont eu lieu dans les cas assez nombreux où l'on a cru à une hématocèle vaginale. »

Le caractère principal qui doit nous servir à distinguer une hématocèle pariétale d'une hématocèle vaginale réside dans la position du testicule. Dans l'hématocèle vaginale ancienne, la glande se trouve perdue dans les fausses membranes, où il est difficile de la retrouver ; elle est ordinairement aplatie, atrophiée et anémiée ; la pression ne réveillera aucunement la douleur caractéristique. D'ailleurs, les commémoratifs seront là pour

---

(1) *Archives générales de médecine*, 1851, page 297. — Et *Maladies du testicule de Curling* (traduction et notes de Gosselin). Paris 1857.

nous dire que cette tumeur avait probablement débuté par une hydrocèle et avait augmenté petit à petit.

L'embarras sera néanmoins plus grand pour une hématocèle vaginale récente, d'origine traumatique ou spontanée, car alors le testicule, situé en dedans, en arrière et en bas, comme dans l'hématocèle pariétale se sentira facilement et donnera la douleur caractéristique ; il pourra même jouir d'une certaine indépendance. Mais cette indépendance n'atteindra jamais celle que possède le testicule dans l'hématocèle par épanchement dans la majorité des cas, après que l'hématocèle par infiltration se sera résorbée et ne masquera plus les tumeurs sous-jacentes. De plus, dans l'hématocèle vaginale on trouve plutôt une tumeur ovoïde. L'hématocèle pariétale, au contraire, est presque toujours piriforme, à base inférieure, et donne cette sensation particulière de tremblottement ou de crépitation signalée par Nélaton et Velpeau, qui est spéciale à l'hématocèle pariétale des bourses, et qui se distingue de cette espèce de crépitation, d'ailleurs très-rare, qui a été observée dans les hydrocèles, crépitation analogue à celle des kystes à grains riziformes et due peut-être à la présence de corps mobiles dans la tunique vaginale. Dans l'hématocèle pariétale, on sent au contraire nettement que c'est l'écrasement de caillots sanguins qui donne la crépitation.

S'il y a coexistence d'hématocèle vaginale et pariétale, ce qui peut arriver dans les traumatismes sur les bourses, on sentira à travers l'infiltration plus ou moins considérable ou l'épanchement du sang dans les parois, la tumeur vaginale, lisse, élastique, fluctuante (Chassaignac).

III. — Diagnostic différentiel entre l'Hématome du scrotum et la Hernie scrotale.

La hernie scrotale diffère de l'hématocèle par les caractères suivants : la hernie se montre d'abord à l'anneau et descend graduellement, tandis que l'hématocèle débute d'emblée par le fond du scrotum. Le cordon spermatique, dans la hernie, ne peut être suivi que confusément en arrière, tandisque, dans l'hématocèle, il se détache manifestement de la partie supérieure de la tumeur. Le testicule, dans l'hématocèle, ou bien n'est pas senti ou bien n'est senti qu'à la partie postérieure de la tumeur, tandis que, dans la hernie, à moins qu'elle ne soit congénitale, la glande séminale se reconnait aisément, à la base de la tumeur. Enfin l'hématocèle ne reçoit pas

d'impulsion par la toux et n'est pas sujette aux variations de volume qu'on trouve dans la hernie.

Le diagnostic est moins facile quand l'hématocèle remonte le long du cordon près de l'anneau, ou même pénètre dans ce dernier. Le cordon ne pouvant alors être senti, la forme de la tumeur se rapproche de celle de la hernie scrotale et peut recevoir une légère impulsion par la toux; mais si l'on fait attention aux autres signes distinctifs : tension, fluctuation, on pourra presque toujours arriver à un diagnostic exact. — La percussion donnera aussi souvent des résultats précieux (1).

Il est quelquefois arrivé que des chirurgiens expérimentés aient pris une hématocèle du cordon et du scrotum pour une hernie inguino-scrotale. Mais l'erreur ne sera pas longue pour l'observateur scrupuleux, car à côté de phénomènes propres à la hernie étranglée, il trouvera d'autres signes, fournis surtout par la percussion, qui démontreront nettement qu'on a affaire à une collection liquide. De plus, dans le cas de constipation, en donnant un lavement à un porteur d'hématocèle, on ramènera toujours des matières, ce qui n'a pas lieu dans la hernie étranglée.

C'est ce que paraît n'avoir pas compris Freke, le suppléant de Pott, dans le cas suivant :

Observation CLI

Hématocèle pariétale prise pour une hernie étranglée.

Par Percival Pott.

Un journalier portant une charge sur son dos était tombé dans la rue et aperçut aussitôt une enflure à l'aine et au scrotum. — L'aspect de la tumeur, l'indépendance du testicule et la suppression des selles pendant deux jours firent croire à Freke à l'existence d'une hernie. — Il se mit en mesure de faire l'opération de la hernie étranglée; mais tous les efforts de taxis ne réussirent pas. — Ouverture de la collection sanguine. Guérison facile.

Observation CLII

Hématocèle simulant une hernie inguino-scrotale étranglée.

Par Prat. (2)

Un soldat, âgé de 24 ans, autrefois bien portant, ressentit en allant à la selle le

---

(1) Piorry. — Du diagnostic des hernies par la percussion. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1844, p. 506. — Tumeur scrotale énorme prise pour une hydrocèle; constatation de la présence du gaz dans la tumeur par la plessimétrie ; diagnostic d'une hernie ; réduction.

In : *Œuvres chirurgicales*. Traduction française. Paris 1777, t. II, p. 161.

(2) *Archives mensuelles publiées par Stocquart*, octobre 1886. *Centralblatt für chirurgie* 1887, t. XIV, p. 623. *Archiv. de méd. navale*, Paris, 1886, t. XLV, p. 257.

3 décembre 1885, dans la région inguinale gauche une douleur vive et subite, et, à sa suite, une tumeur de la grosseur d'une orange. Deux ans auparavant il avait eu le même accident qui disparut par le repos et les bains. Cette tumeur était douloureuse, dure, tendue, élastique ; on ne sentait pas de fluctuation. De violentes coliques, des envies de vomir et une rétention d'urine survinrent. Le taxis fut inutile : bains, lavements.

Le 4 décembre, on fit une ponction exploratrice, qui donna des gaz inodores et un peu de sang. Dans la nuit fièvre et vomissements incoercibles.

Le 5 décembre nouvelle ponction, cette fois plus profonde, qui donna issue à une grande quantité de sang liquide et fut suivie de la disparition complète de la tumeur.

Guérison au 20 décembre.

Observation CLIII

Abcès du cordon spermatique d'origine traumatique, simulant une hernie.

Par Turner (1).

Observation CLIV

Hématocèle du cordon ; inflammation du kyste ayant fait croire à une hernie.

Par M. Geoffrey (2).

IV. — Diagnostic différentiel entre l'Hématome du scrotum et l'Hématocèle d'une hernie scrotale.

Du sang peut s'accumuler dans le sac séreux des hernies inguinales et scrotales et être la cause d'une grande difficulté dans le diagnostic des tumeurs sanguines pariétales du scrotum, d'autant plus que bien souvent la poche herniaire n'est plus en communication avec l'abdomen.

C'est en se basant sur la présence ou l'absence des viscères, et sur la communication avec l'addomen ou l'oblitération des cavités herniaires qu'on a établi trois principales divisions de ces hématocèles herniaires.

1° Le sang peut s'accumuler dans un sac herniaire clos et ne contenant

(1) In : *The Lancet*, 6 mars 1886. — Et : *Annales des maladies des organes génito-urinaires* juin 1886.

(2) In : *The Lancet*, 1827, t. XI, p. 885.

pas de viscères : *hématocèle sacculaire vrai*. C'est la variété la plus facile à confondre avec l'hématocèle pariétale du scrotum.

2° Le sang occupe un sac herniaire déshabité, mais en communication avec le péritoine : *hématocèle pseudo-sacculaire*. Ce cas ne donnera pas lieu à de grandes difficultés de diagnostic, car il sera toujours possible, par une pression graduée de faire rentrer le liquide dans la cavité abdominale.

3° Le sang peut entourer les organes qui forment la hernie : *hémato-entérocèle*, *hémato-épiplocèle*. Mais ici il faut distinguer deux variétés. Dans la première, la communication avec la cavité péritonéale n'est interrompue qu'accidentellement ; c'est ce qui arrive dans les hernies étranglées : une sérosité sanguinolente distend la partie inférieure du sac herniaire et facilite l'incision de ses parois au moment de l'opération. — Dans la seconde la communication entre le sac herniaire et la cavité abdominale est définitivement supprimée par l'adhérence du collet du sac avec les organes, épiploon ou intestin, qui descendent dans la hernie. — Cet épanchement séroso-sanguin peut, dans certains cas, être assez prononcé pour constituer une véritable *hématocèle péri-herniaire* (1) ou *pré-herniaire*.

Comment se produisent ces hématocèles des sacs herniaires ? D'où provient le sang ?

Il faut considérer ici le contenant et le contenu. Celui-ci, généralement formé par l'intestin hernié, peut se déchirer sous l'influence soit d'un traumatisme, soit de manœuvres de taxis trop violentes ou trop prolongées.

Quant au contenant, il nous semble qu'on pourrait lui trouver tout comme pour la viginale, trois raisons principales d'hémorrhagie : par contusion traumatique, par rupture d'hydrocèle herniaire, et enfin par rupture de vaisseaux de néo-formation.

Il est facile de comprendre qu'une contusion violente produise une déchirure des vaisseaux du sac qui n'est en somme qu'une séreuse, et que le sang s'épanche dans la cavité. De même pourquoi n'admettrions-nous pas l'hématocèle herniaire par rupture de la paroi de l'hydrocèle herniaire, tout comme nous reconnaissons l'hématocèle vaginale par rupture de la tunique vaginale dans l'hydrocèle ?

On verra, par la courte énumération que nous en donnerons dans un instant, que les cas d'hydrocèle du sac herniaire ne sont déjà pas extrêmement rares.

Enfin ne sommes-nous pas en droit d'admettre pour la production de l'hématocèle herniaire le mécanisme de l'hématocèle vaginale, dite

---

(1) Bouisson. — *Tribut à la chirurgie*, t. II, Montpellier, 1861.

spontanée? Reconstituons tout l'enchaînement progressif d'une de ces hématocèles, dans une hernie épiploïque, par exemple. Cette hernie sortait et rentrait facilement ; sous l'influence de ces allées et venues il s'est produit une congestion intense du sac. Or, de même qu'il y a péricardite et pleurésie hémorrhagiques, hématocèle vaginale, de même il y a eu hématocèle du sac. Il y a eu de la fibrine déposée et, la tapissant, une néo-membrane organisée. Les parois s'épaississent et des vaisseaux de nouvelle formation s'y développent par bourgeonnement aux dépens des capillaires primitifs; bientôt le terrain se trouve ainsi préparé pour des hémorrhagies intra-cavitaires par rupture de ces capillaires jeunes, à paroi unique qui, au moindre choc, se déchirent et versent du sang dans la cavité herniaire. Sous l'influence d'un brayer, d'un traumatisme, ou spontanément, il pourra survenir une déchirure de quelques vaisseaux. Et voilà une hématocèle constituée.

---

1. — *De l'Hydrocèle du sac herniaire.* — Benjamin Bell. — In : (Cours complet, théorique et pratique, de chirurgie). Edition française, an IV, 1796, t. I, p. 259.

---

2. — *Hydrocèle formée dans le sac d'une hernie* (deux observations). — Percival Pott. — In : (Œuvres, trad. française). Paris, 1777, t. II, p. 170 et 173

---

3. — *Hydrocèle dans un ancien sac herniaire clos par les adhérences de l'épiploon au pourtour de l'anneau inguinal. — Ouverture. — Guérison.* — Pelletan. — In : (Clinique chirurgicale), Paris, 1810, t. II, p. 22. — Art. : Hernies abdominales.

---

4. — *Hydrocèle d'un sac herniaire.* — Curling. — Loc. cit., p. 224.

---

5. — *Hydrocèle dans un ancien sac herniaire, sans communication avec l'abdomen.* — Boyer. — In : (Lancette française), février 1857. — (Gaz. des Hôp.).

---

6. — *Double hydrocèle dans deux anciens sacs herniaires sur le même sujet, volumineuses et indépendantes du testicule.* — In : (Traité pratique des maladies du testicule). Edition Gosselin, Paris, 1857, p. 223.

---

7. — *Etude sur l'hydrocèle des sacs herniaires anciens.* — Debrade. — Paris, 1878.

---

8. — *Hydrocèle du sac herniaire traitée par l'injection de teinture iodée.* —

Velpeau. — In : (Gaz. des Hôp., Paris, 1864, p. 325. — Journal de médecine et de chir. pratiques), Paris, 1864, p. 396.

9. — *Kyste du scrotum formé d'un ancien sac herniaire, et hématocèle de l'épididyme du côté opposé.* — Arrachard. — In : (Bull. Soc. anat., Paris, 1852, p. 215.

10. — *Hydrocèle dans un sac herniaire, formé dans l'intérieur de l'épiploon hernié, et adhérent au collet du sac.* — Kirmisson. — In : (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1874.

11. — *Die Hernien und Hydrokelen bei Abirrungen des Testikels indie Schenckelbeuge und die Périnealrégion.* — J. Bar. — In : (Vrtgschrift für die praktische Heilkunde). Prag, 1866, XCII, p. 88-114, 2 planches.

12. — *Hydrocel of the hernial sac, lying loosely ; cured by external treatment.* — Curling. — In : (London medical gazette), 1850, X, p. 340. — The Lancet, London, 1850, I, p. 187.

13. — *Hydrocèle d'un sac herniaire simulant une hydrocèle du testicule ; ponctions fréquentes ; hernie étranglée ; opération ; péritonite ; mort.* — (Hydrocèle of hernial sac simulating the ordinary hydrocele of the testicle ; frequent tapping ; incarcerated hernia ; operation ; peritonitis ; death. — G. W. Buttler. — In : Médical Times and Gazette London), 1878, t. I, p. 617.

14. — *Hernia inguinal estrangulada ; el hidrocele herniario como un obstaculo a los buenos resultados de las taxis.* — Gomez-Pamo. — In : (Ann. de cirujia), Madrid, 1882, I, p. 234-238.

15. — *Hernie Epiploïque et Hydrocèle du canal vagino-péritonéal demeuré perméable.* — Richet. — In : (Gazette des Hôpitaux), Paris, 1879, LII, p. 873.

16. — *Epiplocèle ancienne ; hydrocèle aiguë du sac ; réduction lente et graduelle de la tumeur, et guérison radicale par l'emploi d'un bandage à pelote, d'abord concave, puis plat, puis enfin convexe.* — Robert. — In : (Gazette des Hôpitaux), Paris, 1859. XXXII, p. 126.

17. — *Ernia inguinale scrotale destra incarcerata e complicata con idrocele, e tumidezza del testicolo dell' istesso lato.* — G. Jacopi. — In : (Prosp. d. scuola di chir. prat.), in-8°, Milano, 1813, I, p. 154-158.

18. — *Hernia incarcerata inguinalis et Hydrokele adnata.* — J. Heckeis. — In : Wiener med. Halle), 1864, II, p. 241-243.

---

19. — *Case of strangulated inguinal hernia, complicated with œdema of spermatic cord and effusion into the tunica vaginalis testis.* — S. T. Knaggs. — In : (Austral. Proct.), Melbourne, 1877-78, I, p. 182-187.

---

20. — *Hernie scrotale énorme, compliquée d'une vaste hydrocèle et d'un sarcocèle bénin datant de sept ans. Opération et guérison.* — Immense scrotal hernia, complicated with large hydrocele and sarcocele (non malignant) of seven years' standing. Operation and cure. — F. E. Daniel. — In : (Mississipi, Varley medical Month), Memphis, 1881, I, p. 310.

---

21. — *Hernie inguinale droite à double sac, accompagnée d'une hydrocèle de la tunique vaginale, et dont la cause de l'étranglement était dans le ventre. Mort du malade.* — Pelletan. — In : (Clinique chirurgicale), t. II, p. 332. Art. : Hernies abdominales.

---

22. — *Triple hydrocèle du scrotum : dans un sac herniaire déshabité, dans un kyste du cordon, et dans la vaginale.* — Le Dran. — In : (Observations de chirurgie), Paris, 1781, p. 155.

---

23. — *Hématocèle dans un sac herniaire clos, d'origine traumatique.* — E. F. Bouisson. — (Tribut à la chirurgie), t. II, p. 450.

Un malade avait subi un froissement violent dans la région où existait un ancien sac herniaire. il fut atteint subitement d'une tumeur assez volumineuse, opaque, irréductible, ayant une consistance demi-molle, comme celle qui dépend de la présence de caillots sanguins surmontant le testicule, et occasionnant une douleur médiocre. Une application de sangsues et des résolutifs firent notablement diminuer la tumeur, qui prit, en se réduisant, une consistance plus solide, et finit par disparaître à la longue.

---

24. — *Hématocèle dans un sac herniaire non occupé et en communication avec le péritoine.* — E. F. Bouisson. — (Tribut à la chirurgie), t. II, p. 448.

Sur le cadavre d'un sujet qui avait succombé à un coup de feu de l'abdomen, et qui avait eu une hémorrhagie intra-péritonéale, le sang, rassemblé vers la partie déclive de la cavité abdominale, s'était engagé dans le col d'un sac herniaire et avait formé une tumeur dans ce sac distendu et qui contenait des caillots.

---

25. — *Hématocèle dans un sac herniaire non occupé et en communication avec le péritoine.* — E. F. Bouisson. — (Tribut à la chirurgie), t. II, p. 448.

Sur le cadavre d'un vieillard disséqué à l'école pratique de la Faculté de médecine

de Montpellier, nous avons rencontré un sac herniaire ayant les apparences de la tunique vaginale lorsqu'il existe une hématocèle ancienne. Des couches fibrineuses colorées tapissaient la face interne du sac, et un corps étranger fibrineux flottait dans un liquide séroso-sanguinolent contenu dans la poche herniaire.

---

26. — *Hématocèle d'un sac herniaire déshabité.* — Le Clerc, interne des Hôpitaux. — (Bulletin de la Société anatomique de Paris 1879, et Progrès médical, 1880), p. 495.

C'est un cas remarquable d'hématocèle de sac herniaire, observé par M. le professeur Reclus. Dans la partie inférieure du canal inguinal et à la partie supérieure des téguments des bourses existait une tumeur dure, indolente, irréductible, mate, lisse et régulière, séparée du testicule par une dépression manifeste. A son niveau, on ne distingue plus le cordon dont on sent bien les éléments au-dessus du testicule. La peau, sans changement de couleur glisse facilement sur la tumeur. En déprimant l'abdomen, on sent la corde épiploïque décrite par Velpeau.

Diagnostic : épiplocèle irréductible.

Emploi de la bande élastique. Celle-ci occasionnant de trop vives douleurs, et une ponction exploratrice ayant amené du pus, on se décida à faire l'opération. La tumeur s'isole facilement. Après avoir placé le serre-nœud de Maisonneuve, on abrase tumeur et testicule.

La tumeur est un sac à parois épaisses, dures, ayant deux centimètres d'épaisseur en certains points, mais jamais moins de 1 cent. 1/2. Cette paroi est formée de tuniques présentant un aspect feuilleté sur la coupe. La surface interne est tomenteuse, friable, rouge, violacée. A la partie supérieure existe un orifice où l'on trouve une petite masse graisseuse, légèrement adhérente par des tractus déliés et qui n'est probablement que de la gaine épiploïque.

Les éléments du cordon se trouvent à la partie antérieure et externe du sac, et se prolongent sans altérations jusqu'au testicule. Cependant il y a un développement exagéré des vaisseaux constituant le plexus veineux antérieur ; en un mot, il y a un peu de varicocèle. Le testicule, sain, est en position normale.

---

27. — *Hématocèle d'un sac herniaire contenant de l'épiploon, sans être en communication avec la cavité abdominale, mais communiquant avec la cavité vaginale (hernie congénitale). Incision. Guérison.* — Percival Pott. — In : (Œuvres chirurgicales). Edition française, Paris, 1777, t. II, p. 170.

---

28. — *Hématocèle dans un sac herniaire autour des organes qui forment la hernie, ou hématocèle péri-herniaire.* — Bouisson. — (Tribut à la chirurgie), t. II, p. 449.

Un ouvrier tailleur, âgé de 21 ans, se présente dans les premiers jours de juin 1853 à la clinique de l'hôpital St-Eloi de Montpellier, pour une tumeur de la région inguino-scrotale droite, ayant les apparences d'une hernie étranglée, mais laissant quelques doutes sur la nature de la hernie, à cause des renseignements contradictoires donnés

par le malade. Celle-ci paraissait d'ailleurs compliquée d'un épanchement révélé par la fluctuation, dont il s'agissait de déterminer le siège et le caractère.

La collection de liquide me parut exister dans le sac même de la hernie et autour de celle-ci, et, autant qu'on peut le conjecturer dans des cas de ce genre, je présumai, d'après son défaut absolu de transparence, qu'il était constitué par du sang mélangé avec de la sérosité. Comme cette collection de liquide rendait difficile la détermination des organes contenus, en voilant les caractères respectifs de l'entérocèle et de l'épiplocèle, et qu'elle gênait d'ailleurs la manœuvre de la réduction, je me décidai à pratiquer avec précaution une ponction déplétive à la partie inférieure de la tumeur.

Il s'en écoula une quantité assez considérable d'un liquide sanguinolent, dont l'issue diminua la tension de la tumeur et permit de reconnaître qu'elle était formée simultanément par une anse intestinale et par l'épiploon. De nouvelles tentations de taxis ne furent pas plus fructueuses ; les autres moyens thérapeutiques tendant à favoriser la cessation de l'étranglement n'ayant pas mieux réussi, je me décidai à pratiquer l'opération, le surlendemain de l'entrée du malade à l'hôpital.

L'incision des téguments, l'ouverture du sac, le débridement et la réduction furent opérés d'après les règles ordinaires.

D'autres détails resteraient étrangers au sujet de notre observation ; nous devons seulement rappeler *qu'entre la face interne du sac et la surface de l'anse intestinale, et dans les replis de la masse épiploïque, existaient des caillots sanguins membraniformes, restes de l'hématocèle péri-herniaire.*

---

29. — *Hernie accompagnée d'un épanchement de sang nécessitant l'opération ; guérison.* — Hernia accompanied with extravasation of blood, requiring operation ; recovery. — KING. — In : (The Lancet), Londres, 1860, I, p. 350.

---

30. — *Hématocèle dans un sac herniaire habité et en communication avec le péritoine (Hématocèle péri-herniaire de Bouisson).* — E. BOURDON, interne des hôpitaux. — (Bull. de la Soc. anat. de Paris), 1869, p. 215.

Un garçon, marchand de vin, âgé de 53 ans, portait depuis trois ans une hernie inguino-scrotale droite, grosse comme les deux poings, réductible, mais simplement soutenue par un suspensoir.

A la fin de janvier 1869, il reçoit un coup de pied de cheval dans l'aine droite, et, à partir de ce jour-là, *il voit se développer du même côté une tumeur qui grossit de jour en jour.* La hernie devient irréductible. *Sonorité dans le tiers supérieur et matité complète dans les deux tiers inférieurs. On ne retrouve pas le testicule droit.*

Ponction exploratrice. — Incision. — Mort.

---

31. — *Hernie inguinale gauche gangrénée par les efforts faits pour la réduire ; rescision de l'intestin qui contenait du sang noir sans matière fécale. — Mort.* — PELLETAN. — (Loc. cit.), t. II, p. 390.

---

32. — *Rupture of a hernial sac.* — N. WARD. — In : (The Lancet), 1860, I, p. 496.

33. — *Sac herniaire contenant du sang après des manœuvres de taxis trop prolongé. — Gangrène de l'intestin. — Mort.* — Pelletan. — (Clinique chirurgicale), t. II, p. 375. — Art. : hernies abdominales.

Les quelques observations qui suivent montrent combien il peut quelquefois devenir difficile d'établir un diagnostic exact :

34. — *Hématocèle et hernie inguinale volumineuse ; hématocèle opérée par incision : injection iodée pratiquée avec succès dans le sac herniaire ; nouveau moyen de déterminer si l'on a pénétré dans le sac.* — Demarquay. — In : (Moniteur des Hôpitaux de Paris), 1855, III, p. 485-1187.

---

35. — *Hernie compliquée d'hydrocèle et d'hématocèle ; opération suivie de la guérison complète.* — Case of hernia complicated with Hydrocele and Hæmatocele ; operation followed by complete cure of all. — H. O. Hitchcock. — In : (Med. indep. Detroit), 1857-58, III, p. 301-306.

---

36. — *Case of femoral and inguinal hernia, with two scrotal tumours.* — Hutchinson. — In : (Med. Times and gazette), London, 1872, II, p. 653.

---

37. — *Hernie inguinale avec adhérence du cæcum au sac herniaire. — Hématocèle de la tunique vaginale du même côté.* — Muron. — In : (Bull. de la Soc. anat. de Paris), 1869, p. 185.

---

38. — *Hématocèle vaginale avec double hernie inguinale.* — Demarquay. — In : (Bull. de la Soc. de chirurgie de Paris), 1855-56, p. 242.

Comme on le voit, le diagnostic entre une hématocèle du scrotum et une hématocèle herniaire, peut souvent présenter de grandes difficultés, et comme on n'est jamais sûr qu'une cavité herniaire n'est plus en communication avec le péritoine, nous rejetons le traitement palliatif par l'évacuation suivie d'injection iodée (1). Il se produit toujours une vive inflammation qui peut se propager au péritoine.

Dans le doute nous conseillerons donc de faire d'emblée l'incision antiseptique ; si nous tombons sur une hernie nous en ferons la cure radicale, ou nous réséquerons l'épiploon, quand des adhérentes au pourtour du col-

---

(1) Velpeau. — *Hydrocèle du sac herniaire, traitée par l'injection iodée,* In : *Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 325. — et : *Journal de méd. et de chir. pratiques,* Paris, 1864, p. 396.

let empêcheront la réduction de la masse épiploïque herniée. Si nous tombons sur une véritable hématocèle pariétale, nous chercherons à faire l'extirpation de la poche. Enfin, si c'est une hématocèle vaginale ou du cordon, nous les traiterons par l'incision ou la décortication, suivant les circonstances.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Pott (P.). — In : Ind. gén.

Bell. — In : Ind. gén.

Joyand. — Observations sur un bubonocèle avec complications. — In : *Journal de méd., chir., pharm., etc.* Paris, 1786, t. XVI, p. 42-46.

Le Dran. — In : Ind. gén.

Pelletan. — In : Ind. gén.

Jacopi (G.). — In : *Prosp. d. scuola di chir. Prat.* Milan, 1813.

Cloquet (J.). — Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales. — *Thèse d'agrégation.* Paris, 1819.

Mouton (A.). — Sur les maladies qui peuvent simuler les hernies inguinales et crurales. Strasbourg, 1826.

De Meyer (J.). — Observation de hernie inguinale étranglée et compliquée de la présence d'un corps étranger. — In : *Biblioth. médicale.* Bruxelles, 1826, III, p. 108-110.

Nivel (V.). — Observations et considérations sur la difficulté du diagnostic dans certains cas de hernies incomplètement réductibles. — In : *Arch. gén. de méd.* Paris, 1837, p. 23-26.

Lemaux. — Des maladies qu'on peut confondre avec les différentes espèces de hernies inguinales. Comment établir le diagnostic différentiel ? Paris, 1842.

Curling (T. B.). — Hydrocel of the hernial sac, cured by external treatment. — In : *London Med. Gaz.*, 1843, XXXIII, p. 61, et *the Lancet*, 1856, I, p. 187.

Canton. — A large concretion, lying loosely, in a hernial sack. — In : *The Lancet.* Londres. 1850, I, p. 187, — et in : *London Med. Gaz.*, 1850, X, p. 340.

Arrachard. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1852, p. 215.

Demarquay. — In : *Moniteur des Hôp. de Paris*, 1855, III, p. 1185-1187.

Chassaignac. — Des sacs herniaires déshabités et des accidents d'étran-

glement auxquels ils donnent lieu. — In : *Revue medico-chirurgicale de Paris*, 1855, XVII, p. 281-293.

Broca (P.). — Corps étranger dans une hernie. — In : *Bull. Soc. chir.* Paris, 1856, VII, p. 98.

Boyer. — In : *Lancette française*, février 1857.

Hitchcock (H. O.). — In : *Med. Indép. Detroit*, 1857-58, III, p. 301.

Robert. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1859, p. 126.

King. — In : *The Laucet.* Londres, 1860, I. p. 350.

Heckeis (J.). — In : *Wiener Medic. Halle*, 1861, II, p. 241.

Bouisson. — In : Ind. gén.

Velpeau. — Hydrocèle du sac herniaire, traitée par l'injection iodée. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 325, — et in : *Journal de Méd. et de Chir. pratiques.* Paris, 1864, p. 396.

Gosselin. — Leçons sur les hernies abdominales. Paris, 1865, p. 324.

Bar (J.). — Die Hernien und Hydrokelen bei Abirrungen des Testikels in die Schenkelbeuge und die Perinealregion. — In : *Vrtgschr. für die praktische Heilkunde.* Prague, 1866, XCII, p. 88-114, 2 pl.

Bourdon (E.). — In : *Bull. Soc. Anal. Paris*, 1869, p. 215.

Muron. — In : *Bull. Soc. An. Paris*, 1869, p. 185.

Ballue. — Erreurs possibles dans le diagnostic des hernies. Paris, 1870.

Rigaud. — Tumeur épiploïque de la région inguino-crurale gauche, prise pour un lipome ; opération ; guérison. — In : *Union médic.* Paris, 1870, p. 323-325.

Hutchinson. — In : *Med. Times and Gaz.* Londres, 1872, II, p. 653.

Kirmisson. — In : *Bull. Soc. anal. Paris*, 1874.

Knaggs (S. T.). — In : *Austral. Proct.* Melbourne, 1877-78, I, p. 182.

Buttler (G. W.). — In : *Medical Times and Gaz.* Londres, 1878, t. 617.

Debrade. — Etude sur l'hydrocèle des sacs herniaires anciens. *Thèse de doctorat.* Paris, 1878.

Richet. — In : *Gaz. des Hôp.* Paris, 1879, p. 873.

Le Clerc. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1879, — et in : *Progrès médical*, 1880, p. 495.

Daniel (F. E.). — In : *Mississipi Varley Med. Mouth.* Memphis, 1881, I, p. 310.

Busch. — Das abnorme anatomische Verhalten einer Hernie in der Leistengegend. — In : *Sitzuugsb, der nied-Thein. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde*, zù Bours, 1881.

Gomez-Pamo — In : *Auu. de cirujia.* Madrid, 1882, p. 234.

Duplay. — Variétés anatomiques de l'hydrocèle. — In : *Semaine médicau.* Paris, 1884.

V. — Diagnostic différentiel entre l'hématome du scrotum et les tumeurs vasculaires des bourses

Le diagnostic entre une hématocèle pariétale du scrotum et les tumeurs vasculaires de cette région est quelquefois très-difficile, lorsqu'il n'y a pas de nævus, que la tumeur est recouverte pas des téguements épais, lorsqu'elle contient des petits kystes vasculaires, lorsqu'elle a subi en certains points la dégenérescence fibreuse.

On en connaît un certain nombre d'observations. Toutes, saufune, qui est une tumeur cirsoïde (cas rapporté par Prescott Hewett) (1), sont des tumeurs érectiles veineuses. Ces cas appartiennent à Ricord, Robert, Henry (2) Johnston (3), Holmes (4) et Rivington. La plupart du temps on a affaire à des jeunes gens (le plus âgé avait vingt-cinq ans, Ricord (1), qui, suivant toute vraisemblance, en portent la prédisposition anatomique depuis leur naissance. C'est à l'occasion d'un traumatisme, une contusion la plupart du temps, que l'affection s'est nettement manifestée ; dans quelques cas, cependant, il est impossible d'incriminer une autre cause que le développement des organes génitaux au moment de la puberté ou l'excitation vénérienne.

Uue ponction pourrait faire croire à un hématome sanguin ordinaire, sans compter que ces tumeurs présentent souvent à la palpation les caractères des Hématocèles pariétales. Aussi est-ce à cause de ses dificultes de diagnostic que nous croyons utile de rappeler brièvement ici quelques-unes de ces observations de tumeurs vasculaires, en y comprenant deux cas dus à Escallier sur une forme rare de tumeur variqueuse, des bourses et une observation de Pelletan qui doit rentrer dans ce dernier cas.

---

1. — *Tumeur érectile sous-cutanée du scrotum.* — Robert. — (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1851, I. XXV, p. 195.

Boullay montre à la Société anatomique de Paris une tumeur du scrotum, enlevée par Robert, à l'hôpital Beaujon. Un homme de 20 ans porte depuis 12 ans une tumeur du scrotum ; à cette époque, il éprouva sans cause connue, une *douleur brusque dans le scrotum du côté droit* ; on fit porter un suspensoir. Depuis cette époque, cet homme a constamment joui d'une bonne santé ; la tumeur a graduellement augmenté de volu-

---

(1) Prescott Hewett. — In : T. B. Curling ; A practical Treatise on the Diseases of the Testicel, *3e Edition*, Londres 1866, p. 586.

(2) Henry. — Voir Curling, *3e Edition*, Londres 1866, p. 586.

(3) Johnston. — Voir Curling, *loc. cit.*

(4) Holmes. — In : Curling, Maladies du testicule, *3e Edition* 1866 p. 586 — Et Curling : Patholog. Transactions, vol. XV p. 95.

me, et en acquiert surtout sous l'influence de la chaleur ou d'une marche prolongée et diminue au contraire par le froid et le repos. On trouve sur le côté droit du scrotum une tumeur ovoïde, bosselée, le tégument n'a pas changé de couleur, mais laisse voir à travers son épaisseur une teinte violacée claire. On n'entendait au niveau de la tumeur, ni battements, ni bruit de souffle. On reconnaît distinctement *le cordon et plus bas le testicule, qui sont indépendants de la tumeur ;* celle-ci fut enlevée ; elle est constituée par une trame vasculaire, complètement analogue aux productions érectiles, arrivant jusqu'à la peau ; les vaisseaux contiennent par places de petits caillots dans leur intérieur.

---

2. — *Tumeur vasculaire du scrotum.* — Ricord. — (Cas rapporté par Verneuil). — In : (Gaz. des hôp.), 1859, et in : Gurlt's Jahresbericht pro 1859, in Langenbeck's Archiv.).

Chez un homme de vingt-cinq ans se voyait, dans la partie droite du scrotum, une tumeur grosse comme le poing qui masquait le testicule, l'épididyme et le cordon et atteignait l'anneau inguinal externe. Elle était congénitale, et cinq fois elle avait subi un accroissement assez rapide avec accompagnement de phénomènes inflammatoires. Au moment de l'opération elle était dure, non fluctuante, insensible à la pression ; la peau laissait voir par transparence des veines variqueuses et des kystes remplis de sang.

L'examen anatomique montra un substratum fibreux avec de petites masses graisseuses, des veines dilatées comme des hémorrhoïdes et, dans le centre, des kystes transparents à contenu séreux. Les veines sous-cutanées étaient complètement indépendantes de la néoplasie vasculaire.

---

3. — *Tumeur vasculaire du scrotum. Extirpation. Guérison.* — Rivington. — The Lancet, 27 octobre 1877. (Archives générales de médecine, 1878, I, p. 370).

Stephen W...., 23 ans, entre à l'hôpital le 16 janvier 1875. La partie postérieure du côté gauche du scrotum est occupée par une tumeur dépassant le volume d'un œuf de poule, et s'étendant dans le périnée. A la surface de cette masse s'observent des veines dilatées, et il semble, au toucher, que la tumeur soit composée de dilatations veineuses et de petits nodules de tissu fibreux, disséminés çà et là. Tout d'abord, *le sujet attribuait la cause de son mal à un coup qu'il* avait reçu sur le testicule une semaine avant son admission, affirmant que jamais auparavant il n'avait constaté le moindre gonflement au scrotum, que la tumeur était apparue brusquement à la suite du coup en question, sans augmenter ensuite de volume. On s'adressa à son père (la mère n'existait plus), et l'on apprit qu'à l'âge de dix ans l'enfant, étant couché avec son frère, reçut de celui-ci un coup de genou qui avait porté au même endroit ; que la partie s'était tuméfiée, et qu'un chirurgien appelé avait fait appliquer des sangsues sur le scrotum. Ce traitement avait dissipé la tuméfaction. Le malade reconnut alors l'exactitude des renseignements fournis par son père, et dit que le gonflement n'avait jamais disparu d'une manière complète après le premier accident. Il semble donc for probable que la tumeur eut, en réalité, une origine congénitale, tout en pouvant avoir augmenté à la suite des coups qui avaient porté sur elle.

Le 28 janvier, la tumeur fut enlevée en masse à l'aide d'une incision longitudinale et d'une dissection. Il fallut poser deux ou trois ligatures. *Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, on constata une tuméfaction considérable*, et la plaie présentait un

assez mauvais aspect. Au bout d'une semaine, hémorrhagie secondaire que le chirurgien-interne ne réussit pas à arrêter avec le perchlorure de fer. Un collègue de Rivington, James Adams, qui se trouvait à l'hôpital, ayant été appelé, lia un gros vaisseau à la partie latérale du scrotum, et triompha ainsi de l'écoulement du sang. A dater de ce moment, la plaie se recouvrit de bourgeons charnus de bonne nature, et la cicatrisation marche bien, quoique avec une lenteur remarquable.

L'examen à l'œil nu de la masse enlevée montra qu'elle se composait de lobules réunis entre eux par des vaisseaux. L'incision des lobules donne issue à du sang veineux. Les surfaces des lobules divisés n'offraient pas une apparence uniforme : un ou deux présentaient des vaisseaux béants d'un diamètre considérable, tandis que les autres paraissaient constitués par un amas de capillaires dilatés.

L'examen microscopique, fait par Needham, de quelques préparations provenant des lobules ci-dessus confirma la première observation. Les plus gros vaisseaux représentaient évidemment des veines irrégulièrement dilatées et offrant çà et là des faisceaux de fibres musculaires, éléments dont on ne retrouvait aucune trace dans les autres parties. A l'intérieur des lobules, des petites collections de graisse et du tissu fibreux s'entremêlaient avec les vaisseaux. La structure des autres lobules était celle des nævus veineux ordinaires.

---

4. — *Tumeur variqueuse des bourses, datant de vingt ans. Suppuration. Mort.* Escallier. — Bull. de la Soc. an., Paris, 1847, p. 259.

Cette tumeur, indolore, avait été prise pour une hydrocèle, chez un homme de 45 ans. Il meurt avec des symptômes d'étranglement. — A l'autopsie on trouve dans le scrotum une tumeur assez molle, légèrement bosselée à sa surface, du volume d'un œuf de dinde, et ressemblant assez bien à de l'épiploon. Contenu puriforme, gris-rougeâtre. Tumeur formée par des veines entrelacées avec interposition de tissu cellulaire infiltré de graisse. Elle remonte dans l'abdomen et s'épanouit sous le diaphragme. Testicule sain. Pas trace de péritonite.

---

5. — *Tumeur variqueuse des bourses avec dilatation du plexus pampiniforme jusqu'au rein ; inflammation et suppuration des veines de la tumeur et du plexus.* — Escallier, interne à la maison nationale de santé. — (Bull. de la Soc. anat. de Paris), 1848, p. 209. — Mémoires de la Soc. de chir. de Paris, 1851, t. II, p. 66 et 84 (Rapport de Monod sur ce cas).

Jeune homme de 20 ans. Tumeur gauche du scrotum, douloureuse à la pression, avec nodosités, prise pour une hernie étranglée. Mort dans le coma.

Sous le crémaster, tumeur du volume d'un œuf de poule, d'aspect fibreux, bosselée, longue de 8 centimètres dans le scrotum et remontant jusqu'au rein. *L'incision de la tumeur scrotale donne issue à beaucoup de pus et de sang,* la surface de la coupe offre un grand nombre de loculés dont les uns sont vides et les autres remplis de caillots plus ou moins cohérents, les uns noirs, les autres brun-jaunâtre, au milieu d'un tissu cellulaire très-serré, lardacé.

Le testicule est relié à la tumeur par un cordon contenant huit ou dix veines distendues, mais non altérées, plongées dans un tissu cellulaire lâche.

6. — *Tumeur variqueuse du scrotum.* — Pelletan. — (Clinique chirurgicale), t. II. p. 81 Art. : Anevrismes particuliers.

Dans la dernière année de l'existence des moines de la Charité. je fus invité à assister à l'opération qu'on devait faire, dans cet hôpital, sur un enfant de dix à douze ans, pour une tumeur anormale du scrotum. Elle descendait du voisinage de l'anneau du muscle grand oblique du côté droit, remplissait le scrotum d'un côté à l'autre, et offrait généralement une mollesse très-extraordinaire et qu'on ne pouvait confondre ni avec la fluctuation d'une hydrocèle, ni avec la solidité d'une tumeur squirrheuse.

Je ne sais quelle idée le moine qui allait opérer s'était faite de la maladie, ni quel était son projet de traitement ; mais. à coup sûr, il ne s'attendait pas à ce qu'il a rencontré. On fit faire un pli transversal à la peau, vis-à-vis l'anneau, et on fit une incision sur toute la longueur de la tumeur.

On ne trouva au-delà de la peau qu'une masse spongieuse et vasculaire dont le sang s'épancha en grande quantité, et seulement en nappe ; il fallut cependant se hâter de tamponner cette plaie : l'effusion du sang se renouvela, malgré l'application successive de plusieurs appareils. On parvint enfin à l'arrêter ; mais la gangrène avec pourriture s'empara de toute cette masse fougueuse, et l'enfant ne tarda pas à périr.

Je n'ai jamais su l'origine ou la cause occasionnelle de cette maladie ; mais il n'était pas absurde d'en attribuer le développement au vice scrofuleux. Nous verrons que, dans un âge avancé, le vice cancéreux se manifeste souvent dans des tumeurs en apparence de la même nature. Je n'ai rien appris de l'ouverture du corps de ce jeune homme : il aurait été bien intéressant de savoir jusqu'où une pareille maladie pouvait s'étendre dans le ventre, le long du cordon des vaisseaux spermatiques : peut-être avait-elle son origine au tissu cellulaire qui avoisine les reins. Il aurait été également intéressant d'examiner si le testicule partageait cette dégénération organique : mais les moines couvraient d'un grand secret tous les évènements qui pouvaient n'être pas favorables à leur conduite chirurgicale.

INDICATIONS BIBLOGRAPHIQUES

Robert. — In : *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1851, XXV, p. 194.

Ricord. — In : *Gaz. des Hôp.* 1859.

Prescott Hewett. — In : Curling, *loc. cit.*

Henry. — In : Curling, *loc. cit.*

Johnston. — In : Curling, *loc. cit.*

Holmes. — In : Curling, *loc. cit.*

Rivington. — In : *The Lancet*. Londres, 27 oct. 1877, — et in : *Arch. génér. de méd.*, Paris, 1878, I, p. 370.

Pelletan. — Clinique chirurgicale, Paris, 1810, t. II, p. 81. — Art. : Anévrismes particuliers.

30

Escallier. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1847, p. 259, et 1848, p. 209, — et in : *Mém. Soc. chir. Paris*, 1851, t. II, p. 66 et 84 (rapport de Monod sur ce cas).

IV. — Diagnostic différentiel entre l'Hématome du scrotum et les kystes pariétaux des bourses

Indépendamment des sacs séreux du testicule, du cordon et des sacs herniaires, il peut se former au scrotum des kystes qui sont susceptibles de toutes les affections des cavités closes, et qui, par conséquent, peuvent devenir, suivant les cas, le siège d'une accumulation sanguine, séreuse ou de tout autre nature.

Quelle est l'origine de ces kystes ? Il me semble que poser le problème c'est le résoudre, d'après ce que nous avons dit sur l'existence d'une cavité virtuelle dans le tissu cellulaire du scrotum. Pas n'est besoin de songer à des kystes congénitaux qui, restant à l'état latent pendant des années, prennent tout à coup un développement énorme à l'occasion d'un traumatisme quelconque. C'est une affirmation purement gratuite et il faudrait d'abord démontrer l'existence des kystes congénitaux dans le tissu cellulaire du scrotum. Béraud (1) parle, il est vrai, de diverticulum de la tunique vaginale ; on pourrait alors supposer un de ces diverticulum se séparant de la cavité principale pour former un kyste isolé. Mais ce serait chercher un peu loin une explication peu plausible, car il faudrait avant tout supposer une inflammation de la séreuse qui aurait passé inaperçue. Or, est-ce possible ? D'un côté une inflammation assez vive pour produire une oblitération d'un diverticulum, de l'autre aucun symptôme général ou local de cette inflammation.

Combien il est plus simple d'admettre que le sac séreux virtuel que nous avons trouvé au scrotum voit son activité se réveiller sous l'influence d'un froissement violent ou d'une irritation quelconque. Nous pouvons alors assister par la pensée à toutes les phases qui ont lieu dans la vaginale pour la production de l'hématocèle : congestion des parois, hémorrhagie après un traumatisme même léger, dépôt de fibrine et néo-membrane à sa surface, organisation des parois et enfin rupture de quelques-uns des nouveaux vaisseaux, sous l'influence d'un second traumatisme.

(1) Béraud. — Mémoire sur les diverticulum de la tunique vaginale. — In : *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1863, p. 277 et 286.

Il est probable que des recherches ultérieures viendront appuyer notre théorie et qu'on trouvera ces kystes de la cavité virtuelle du scrotum aux différentes périodes décrites par Gosselin pour la vaginale.

Les kystes proprement dits du scrotum, si on laisse de côté ceux de la vaginale et les kystes des glandes sébacées et sudoripores [Hoffmann (1), L. Labbé (2), Crampton (3), Kocher (4)] sont très-rares, si tant est qu'il en existe. Dans une observation de Flemming (5), le kyste était gros comme une noix chez un enfant de neuf ans *qui avait subi une contusion du scrotum:* il était multiloculaire et guérit après ligature.

Boyer décrit aussi certaines variétés de sarcocèle, comme formées par des sucs lymphatiques et albumineux, amassés dans le tissu cellulaire des bourses. — Citons pour mémoire les deux observations de kystes suivantes :

Kyste adhérent au testicule, et contenant un Vena Medinensis. — Baillie. — In : (Traité d'anatomie pathologique du corps humain), traduction Ferral, an XI-1803, Paris.

J'ai vu, dit Baillie, un testicule auquel était attaché un petit kyste ferme, contenant un ver de l'espèce des *Vena Medinensis.* Ce ver est d'une longueur considérable, d'une surface lisse et uniforme; son extrémité postérieure est terminée en forme de crochet; il a une bouche arrondie à son extrémité antérieure. Il est probable que l'homme auquel appartenait ce kyste avait visité quelques-uns des climats chauds où l'on trouve le *Vena Medinensis*, et qu'il en avait emporté avec lui.

Kyste muqueux dans un follicule sébacé du scrotum. — L. Bauchet. — In : Archives générales de médecine), 1858, p. 71.

Jeune homme de 30 ans. N'a jamais été malade ; il a eu quelques blennorrhagies, vite guéries. Il y a six ou sept mois, une petite tumeur grosse comme un pois, mobile, indolente, se montra à deux centimètres environ au-dessous du point de jonction du scrotum et de la verge et forma une saillie globuleuse. Après avoir augmenté d'une façon insensible, elle prit tout à coup un volume

---

(1) Musée Hoffmann (à Bâle). — Il y existe une pièce avec une quinzaine de kystes sébacés.

(2) L. Labbé. — A eu dans son service un scrotum criblé de kystes sébacés. Voir Ed. Schwartz, *Encyclopédie de chirurgie*, 1888.

(3) Crampton. — In : Curling, *loc. cit.*

(4) Kocher, — décrit un kyste multiloculaire du musée de Wurzbourg (Prapar. N° 1149, XI). — In : *Deutsche Chirurgie de Billroth et Lücke.* Kocher : Die krankheiten der mannlichen Geschlechtsorgane Stuttgart, 1887.

(5) Flemming. — *Dublin Hosp. Gaz.*, 1857, t. IV.

triple au volume primitif. Elle est grosse comme un œuf de poule, fluctuante, transparente; elle n'adhère qu'à la peau par un petit pédicule.

Ponction : liquide jaunâtre. Puis incision : liquide filant, jaunâtre, matière sébacée et grumeaux fibrineux; dissection de la coque du kyste.

Guérison.

En 1862, le docteur Fleury fait lire à la Société de chirurgie de Paris une note sur les *kystes des bourses*. Gosselin n'admit pas cette dénomination et vit dans le cas rapporté par Fleury « une *hématocèle pariétale*, observée à une période avancée, alors que le sang s'était transformé en sérum plus ou moins coloré et constituait une sorte de kyste. »

Pour nous, il est évident que c'était une hématocèle pariétale, quand Fleury a fait la seconde opération, mais hématocèle d'un genre spécial. Ce qui le prouve, c'est que la première opération, la ponction, a donné un liquide louche et sanguinolent ; il était donc probable qu'on avait affaire à à un vrai kyste séreux, analogue à ceux de la vaginale, avec néo-membranes et hémorrhagies consécutives. La ponction a peut-être même hâté la transformation en hématocèle.

Et que dit d'ailleurs Gosselin (1) dans son *Mémoire sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle et sur son traitement ?*

« Les speudo-membranes de la tunique vaginale présentent, sous le rapport de leur épaisseur et de leur structure, trois degrés principaux : dans le premier, le tissu est souple et revient facilement sur lui-même ; dans le deuxième, la coque est peu flexible et s'affaisse difficilement ; dans le troisième, des dépôts calcaires coïncident avec une épaisseur considérable. La poche est plus dense et plus inflexible. »

Or que trouvons-nous chez notre malade ? Une cavité dont les parois sont épaisses, inflexibles à la manière d'une coque, et constituées par un tissu fibro-cartilagineux dense et parsemé de concrétions calcaires.

Observation CLII

Kyste des bourses (Hématocèle pariétale du scrotum).

Par le Docteur Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont. (1)

Un vieillard, âgé de 69 ans, exerçant à Clermont la profession de tailleur d'habits, est entré à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 13 janvier 1861, pour y être traité d'une

(1) Gosselin. — *Archives générales de médecine*, Paris 1851.

(1) Fleury. — *Société de Chirurgie*, 26 février 1862. *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 114.

tumeur volumineuse qui occupe la plus grande partie des bourses et qui paraît englober le testicule dans sa masse. Il l'attribue au froissement de ces parties, qui aurait eu lieu, il y a quinze mois, à la suite d'une secousse assez forte qu'il éprouva en sortant de son lit. La douleur qu'il ressentit fut vive ; elle disparut néanmoins assez promptement, mais du gonflement lui succéda.

La tumeur a maintenant le volume d'une grosse orange ; elle est dure, sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression. On croit sentir à sa partie centrale une fluctuation obscure qui dénote l'existence d'une certaine quantité de liquide ; il n'y a cependant aucune transparence lorsqu'on la place entre l'œil et la lumière ; le testicule ne fait aucune saillie appréciable. Elle serait donc formée de parties solides et de parties liquides (hydro-sarcocèle des auteurs). Le cordon des vaisseaux spermatiques ne présente aucune trace d'engorgement.

L'état général du malade est du reste excellent ; il n'a jamais eu d'affections vénériennes. Les principales fonctions de l'économie s'exécutent bien ; malgré son âge, il est actif, laborieux, plein de force et d'énergie, et il souscrit à l'avance à tout ce que l'on fera pour le débarrasser de sa tumeur.

Cette affection me paraît être produite par une dégénérescence du testicule ou de ses enveloppes ; je ne crois pas cependant qu'elle soit de nature cancéreuse. L'état général de C... est excellent, le canal déférent est dans un état d'intégrité parfaite. Néanmoins, la castration est le seul moyen de l'en débarrasser.

Il fallait avant tout evacuer le liquide, afin de mieux juger du volume des parties solides.

Le 15, une ponction est pratiquée à la tumeur ; un demi-verre d'une sérosité louche et sanguinolente s'échappe par la canule du trocart ; elle s'affaisse aussitôt et perd à peu près un tiers de son volume.

Le malade, satisfait de ce résultat et n'ayant du reste éprouvé jusque là d'autre incommodité que celle que la tumeur déterminerait par son poids, demande à quitter l'hôpital, d'où il sort le 19.

Il était facile de prévoir qu'il y rentrerait bientôt. Nous le revoyons en effet dans les premiers jours de septembre de la même année.

La tumeur se présente avec les mêmes caractères ; elle n'est ni plus grosse ni plus douloureuse que la première fois ; mais elle ne pouvait disparaître sans une opération.

Tout est donc disposé pour la castration, qui doit être pratiquée le 9 septembre.

Une première incision dirigée de haut en bas, suivant le grand diamètre de la tumeur, la met à découvert dans toute son étendue. Les téguments sont détachés à droite et à gauche ; mais avant de pousser plus loin la dissection, je plonge le bistouri à sa partie centrale, afin de bien établir la nature des parties divisées. Quel n'est pas mon étonnement en voyant jaillir un flot de liquide d'un rouge sombre, ressemblant à de la lie de vin. J'agrandis l'incision, et je mets à découvert une cavité dont les parois, inflexibles à la manière d'une coque, sont épaisses, constituées par un tissu fibro-cartilagineux très-dense et tapissées à leur face interne par un produit pulpeux de couleur grisâtre. Quelques concrétions calcaires sont disséminées par places et feraient croire à un commencement d'ossification.

En dehors de la tumeur, on retrouve les enveloppes des bourses avec leurs caractères normaux. On peut l'énucléer avec une assez grande facilité dans ses deux tiers antérieurs ; le tiers postérieur paraît seul adhérer aux tissus sous-jacents.

Pour moi, c'était encore un kyste des bourses ; mais cette fois il ne devait pas rester le moindre doute.

En explorant la face profonde de la cavité pour savoir si je ne retrouverais pas le testicule sous le produit pulpeux dont j'ai signalé l'existence, je crus sentir un peu de fluctuation, et j'acquis bientôt la certitude, à la vue d'une sérosité citrine qui s'échappait par une ponction que je pratiquai, que derrière cette tumeur était la séreuse vaginale ; j'enlevai alors les deux tiers de la tumeur primitive, et je me bornai à exciser, pour en diminuer l'épaisseur, toute la partie qui adhérait à la tunique vaginale.

L'opération se trouvait ainsi singulièrement simplifiée, puisqu'en définitive elle s'était réduite à une simple incision des bourses.

Quelques boulettes de charpie sèche furent placées au fond de la cavité, et la plaie fut pansée avec un linge enduit de cérat. Aucun vaisseau n'avait été divisé, toute ligature devenait par cela même inutile.

Le malade a été assez bien les premiers jours ; mais, dans la nuit du 11 au 12 septembre, il survient de la fièvre, de l'agitation, de l'insomnie ; la langue se sèche, la soif se déclare, et, en examinant la plaie, je m'aperçois que du pus, dont l'odeur est très-fétide, s'échappe par l'ouverture pratiquée à la tunique vaginale, et qu'une pression légère, exercée de bas en haut, en augmente l'écoulement.

Nul doute que la séreuse vaginale ne se soit enflammée ; le pus, altéré par le contact de l'air et n'ayant pas une issue facile, séjourne dans la cavité testiculaire et produit les désordres signalés plus haut.

Je convertis la ponction pratiquée en une incision que je prolonge jusqu'à la partie la plus déclive de la cavité, et comme la séreuse adhérait d'une manière intime à la membrane du kyste, j'en excise une portion pour éviter que les deux lèvres, en se rapprochant, ne s'opposent de nouveau au séjour du pus. — Le testicule paraissait au fond de la poche avec sa couleur, son volume et sa consistance normaux.

Les accidents ont immédiatement cessé, et, à dater de ce moment, rien n'est venu entraver la guérison ; C... était en état de sortir à la fin d'octobre.

Observation CLIII

Hématocèle enkystée de testicule (Hématocèle pariétale).

Par Curling. (1)

Mon ancien collègue, Hamilton, me pria d'examiner une tumeur douloureuse du testicule chez un malade de son service. Cet individu était juif, âgé de 18 ans, et avait reçu trois mois auparavant un coup sur le testicule gauche. Il raconta que *le*

(1) Carling. — *Maladies du testicule,* 2e édit. p. 267.

scrotum s'était d'abord beaucoup tuméfié, et que la tumeur avait ensuite été observée. Celle-ci avait, quand je la vis, le volume d'une noix, était située juste au-dessus du testicule, parfaitement mobile dans le scrotum, mais fixée à la partie supérieure de la glande par un petit pédicule. Elle était consistante, mais donnait une sensation obscure de fluctuation. La pression causait de la douleur.

Hamilton ponctionna le kyste avec une lancette et en fit sortir une masse de caillots bruns, renfermés dans une poche épaisse, résistante et tapissée par une fausse membrane rugueuse. La plaie guérit par granulations.

Le malade ne se rappelait pas avoir eu de tumeur du testicule avant le coup ; mais comme très-fréquemment de petits kystes de l'épididyme existent à l'insu de celui qui les porte, je crois qu'il en a été ainsi dans ce cas et que le coup a été suivi d'un épanchement de sang dans le kyste, puis d'une inflammation et d'un épaississement du sac, d'où la sensibilité et le gonflement de la tumeur.

Curling n'a pas hésité à donner ce cas comme un exemple d'hématocèle enkystée du testicule. Nous sommes loin de nous ranger à son avis ; nous nous trouvons tout simplement en présence d'une hématocèle pariétale par épanchement. Sont-ce en effet les parois d'un petit kyste, *jusqu'alors inaperçu*, qui, sous l'influence d'un traumatisme, auraient acquis subitement un volume énorme ? Ce n'est pas probable. Et, de plus, d'où viendrait cette hémorrhagie considérable à l'intérieur de la poche ? D'une néo-membrane ? Mais le malade n'aurait pas été sans s'apercevoir de la présence d'un kyste capable de leur donner naissance.

Il nous paraît donc beaucoup plus rationnel de songer à une hématocèle pariétale par épanchement qui s'est enkystée. Les douleurs sont faciles à interpréter par la compression d'un filet nerveux, car, pas plus dans les hématocèles enkystées du testicule que dans les autres variétés, il n'y a de douleur spontanée.

Quant à ce pédicule reliant la tumeur au testicule, ne pouvons-nous pas l'expliquer par la formation de tractus fibreux réunissant le testicule à la vaginale contre laquelle est appliquée la tumeur ; car il est fort probable que dans tous les cas d'hématocèles pariétales du scrotum la séreuse n'est pas sans passer par un état inflamatoire plus ou moins violent. Du reste, Curling se charge de nous en donner un exemple, quelques lignes plus loin, dans la seconde observation d'hématocèle enkystée du testicule qu'il rapporte : le testicule, à la dissection de la tumeur, se trouvait au-dessous du sac, mais en était parfaitement indépendant ; *les deux faces opposées de la tunique vaginale étaient réunies par des adhérences* dont les unes étaient anciennes et les autres recentes.

On se trouvera souvent embarrassé pour faire le diagnostic entre une hématocèle pariétale et un kyste par inclusion (*kyste dermoïde du scrotum* de Lannelongue (1), et *tératome* de Kocher (2). Cette affection a éte magistralement exposée pour la première fois par Velpeau, en 1841, dans une de ses leçons cliniques, puis par M. Verneuil, en 1855 (3) et 1878 (4), et enfin par M. Nepveu, en 1880 (5) ; le dernier cas connu est celui publié par M. Le Dentu (6).

Le caractère essentiel de ces kystes est leur *congénialité*. Mais souvent le sujet ne remarque l'existence d'une de ces tumeurs aux bourses qu'à propos d'un traumatisme qui sera le point de départ de phénomènes inflammatoires avec toute la série des accidents consécutifs : accroissement rapide et douloureux de la tumeur, rougeur et adhérence du scrotum, formation d'un abcès et par suite, d'une fistule, par laquelle s'échapperont des fragments d'os, des dents, etc.. Alors seulement on sera fixé sur la véritable nature de la tumeur.

Il existe en effet pour ces kystes dermoïdes du scrotum une période latente (Verneuil), qui peut avoir une durée très-longue pouvant aller jusqu'à 34 et 48 ans (Bœckel et Spiess). On conçoit dès lors que, chez un sujet d'un certain âge, on se soit trompé de diagnostic, et qu'on ait cru avoir affaire à un sarcocèle, à un cancer, à une tumeur kystique du testicule, à une hydrocèle congénitale, à une hématocèle pariétale.

En effet, c'est à l'occasion d'un traumatisme que le malade remarque sa tumeur, alors qu'auparavant il n'avait jamais rien remarqué. Nous voyons ce malade quelque temps après et nous trouvons une tumeur volumineuse, inégale, bosselée à consistance variable, pas transparente, fluctuante en un point, dur dans d'autres, indolente, adhérente à la peau ou parfaitement indépendante de la peau et du testicule. Dans l'incertitude, ou plutôt pour confirmer le diagnostic d'hématocèle que nous portons nous faisons une ponction. Que va nous donner celle-ci ?

---

(1) Lannelongue (O), — Traité des kystes congénitaux, Paris, 1886

(2) Kocher (Théodor). — Dic krankheiten der mannlichen Geschlechtshorgane In : *Deutsche Chirurgie* (*Billrott und Lücke*). Stuttgart r887.

(3) Verneuil. — Memoires sur l'inclusion scrotale et testiculaire, *Archives générales de médecine*, 1855.

(4) Verneuil, — Inclusion péritesticnlaire, par Jules Bœkel. Rapport par Verneuil, *Bull. de la soc. de chir.* avril 1878.

(5) Nepveu, — Rapport sur une inclusion testiculaire, *Bull. de la soc. de chir.* 880 (important à consulter). — Mémoires de chirurgie, Paris, 1880

(6) Le Dentu, — Tératome du scrotum, In : *La médecine moderne*, déc. 1889, 1er année, n° 1 p. 9, Paris.

Elle nous mettra tout simplement dans une incertitude souvent plus grande. En effet Moussaud (1) a établi, dans sa thèse inaugurale, deux périodes dans l'évolution des tumeurs fœtales testiculaires pendant la vie : — 1° indolence, tumeur irrégulière ; — 2° accroissement rapide ; ulcération ; issue de débris de fœtus. — *Et dans ces deux périodes une ponction exploratrice ne donne que du sang.*

Nous croyons que la confusion entre une hématocèle pariétale du scrotum et les kystes séreux ou spermatiques du testicule ou de l'épididyme est impossible, car outre les caractères spéciaux de développement de la tumeur, la ponction lèverait tous les doutes.

INDICATIONS BIBLOGRAPHIQUES

Verneuil. — In : *Arch. gén. de méd.*, 1855.

Curling. — In : Index général.

Flemming. — *Dublin Hosp. Gaz.*, 1857, t. IV.

Bauchet. — In : *Arch. gén. de méd.*, 1858, p. 71.

Moussaud. — Des inclusions factales. *Thèse de doctorat.* Paris, 1861.

Fleury. — *Bull. Soc. chir.* Paris, 1862. — *Gaz. des Hôp.*, 1862, p. 114.

Béraud. — *Bull. Soc. chir.* Paris, 1863, p. 277 et 286.

Lang. — Ein Beitrag zur Kentniss der sogenanntenn dermoïd Cysten. — In : *Archiv für path. Anat.*, 1871, t. LIII, p. 128.

Verneuil. — Inclusion peri-testiculaire, par J. Bœckel. Rapport par Verneuil. — In : *Bull. Soc. chir.*, 1878, p. 302.

Nepveu. — In : *Bull. Soc. chir.* Paris, 1880. — Mémoires de chir. Paris, 1880.

Tilanus. — Cystofriboïd congenital. — In : *Schmidths Jahrbücher*, t. CXV, p. 171.

Lannelongue. — Traité des kystes congénitaux. Paris, 1886.

Le Dentu. — In : *Médecine moderne.* 1889, t. I, p. 9.

---

(1) Moussaud, — *Thèse de doctorat*. Paris, 1861, Des inclusions fœtales.

VII. — Diagnostic différentiel entre l'Hématome du scrotum et l'Hématocèle funiculaire.

Il peut devenir quelquefois assez difficile de savoir si l'on a affaire à une hématocèle du scrotum ou à une hématocèle funiculaire, soit dans les premiers jours, soit à une époque reculée, quand les commémoratifs ne viennent pas éclaircir le diagnostic :

Dans l'hématocèle, la couleur ecchymotique de la peau ne tarde pas à apparaître *et apparaît presque toujours*, tandis que, dans l'hématocèle parenchymateuse, vaginale ou funiculaire, l'ecchymose peut souvent ou bien ne pas apparaître du tout, ou bien mettre plusieurs jours avant de se dessiner.

Observation CLIV

Hématocèle funiculaire par effort.

Par Fleury (1).

L'ecchymose n'apparaît que quatre jours après et reste limitée aux téguments du cordon.

Observation CLV

Coup de pied dans l'aîne. — Hématocèle du cordon spermatique. — Traitement expectant. — Résorption lente du sang.

Par M. Stanley, de Londres (2).

La tumeur remplissait tout le scrotum jusqu'à l'anneau inguinal, mais sans coloration noire à la peau dans les jours suivants. Diminution de la tumeur de bas en haut. La peau était distendue, rouge-poupre, mobile sur la tumeur.

Observation CLVI

Hématocèle funiculaire (d'origine traumatique probablement). — Traitement par le mercure. — Résorption lente du sang.

Par M. Solly, de Londres (3).

Tumeur de la grosseur de deux poings, ayant débuté par l'anneau inguinal,

(1) In : *Loire médicale*, 15 décembre 1888. — Et : *Annales des maladies des organes génitaux-urinaires*.

(2) In : *The Medical Times and Gazette*, London, 1853. I, p. 370.

(3) In : *The Medical Times and Gazette*, London, 1853, I, p. 370.

remplissant le scrotum. Peau lisse, tendue, dure au toucher, mobile sur la tumeur — Frictions mercurielles. Diminution de la tumeur de bas en haut.

Disons, en passant, qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas où, malgre les grands dégâts occasionnés dans le scrotum, des contusions souvent très-violentes n'ont pas même produit de teinte ecchymotiques à la peau. Qu'on nous permette de citer les quelques exemples suivants :

Observation CLVII

Hématocèle parenchymateuse d'origine traumatique, sans changement de couleur à la peau.

Par Notta, père, de Lisieux (4).

Pierre L..., journalier, âgé de 48 ans, entre le 18 octobre 1869, à l'hôpital de Lisieux, pour une tumeur du testicule droit.

Il y a 20 ans, en émondant un arbre, il est tombé à califourchon sur une branche ; il ressentit aussitôt une vive douleur dans le testicule droit, qui augmenta beaucoup de volume. Il n'y eut pas de coloration noire de la peau. Le testicule était gros comme un poing.

Il y a 12 ans, il reçoit un coup de pied de cheval dans le même testicule ; la tumeur augmente de volume, ne se colore pas en noir. Le testicule revient au même volume.

Augmentation spontanée du testicule. — Castration. — Mort.

Observation CLVIII

Hématocèles vaginale et parenchymateuse d'origine traumatique, sans ecchymose de la peau.

Par Béraud (5).

Un homme, âgé de 32 ans, entra, en 1848, dans le service de Giraldès, à l'hôpital des cliniques. Il avait fait une chute de 4 à 5 mètres sur des pierres. Il y eut *une infiltration du scrotum et de la verge sans ecchymose ;* mais une hématocèle vaginale suppurée et l'élimination du testicule par suppuration d'une hématocèle parenchymateuse furent les désordres graves produits dans l'intérieur des bourses.

---

1. — *Contusion du testicule — Orchite traumatique. — Atrophie du testicule. — Pas d'hématocèle pariétale.* — Le Dentu. — In : (Thèse de Paris 1881). — Coutean : Contribution à l'étude de l'inflammation du testicule et de l'épididyme con-

---

(4) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris,* 1870, p. 201. — *Gazette des Hôpitaux,* 1870, p. 294.

(5) Béraud. — *Archives générales de médecine,* 1861, XXV, p. 288.

sécutives aux contusions de cet organe, p. 65. — Archives générales de médecine, 1881, t. II. p. 574.

---

2. — *Contusion du testicule gauche. — Epanchement dans la vaginale sans ecchymose. — Epididyme indemne. — Atrophie de la portion centrale du testicule.* — Gaujot. — In : (Thèse Coutan. citée . p. 62. — Arch. gén. de médecine 1881 T. II, p. 577.

---

3. — *Contusion du testicule gauche. — Pas d'épanchement dans la vaginale ni d'ecchymose. — Inflammation du testicule et de l'épididyme suivie de l'atrophie.* — Poncet de Cluny. — In : (Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie, 1881, t. VII, p. 279. Arch. gén. de méd. 1881, t. II. p. 576.

---

4. — *Contusion du testicule gauche. — Pas d'épanchement dans la vaginale ni d'ecchymose. — Tuméfaction du testicule et surtout de l'épididyme. — Atrophie consécutive.* — Poncet de Cluny — In : (Bull. et Mém. de la soc. de chir.), 1881, T. p. 279. Arch. gén. de méd. 1881, t. II. p. 577.

---

5. — *Contusion du testicule gauche. — Atrophie de la glande. — Intégrité de l'épididyme. — Forme névralgique. — Pas d'hématocèle pariétale.* — Gaujot. — In : (Thèse Coutan), p. 60. — Archives générales de médecine, 1881, t. II, p. 694.

---

6. — *Contusion du testicule droit. — Pas d'hématocèle pariétale. — Orchite suppurée. — Destruction du testicule. — Epididyme indemne.* — Dumoulin. — In : Gazette des Hôpitaux, 1844, p. 230. — Arch gén. de Méd., 1881, t. II, p. 699.

---

7. — *Orchite provoquée par un choc violent. — Pas d'hématocèle pariétale. — Suppuration. — Tuberculose pulmonaire. — Mort. — Autopsie. — Epididyme caséeux. — Testicule absolument détruit.* — Reclus. — In : (Thèse de Paris, agrégation, 1876). — Reclus : Du tubercule du testicule, p. 161. — Arch. gén. de Méd., 1881, t. II, p. 701.

---

8. — *Orchite double traumatique suppurée chez un vieillard. — Pas d'hématocèle pariétale.* — Gaujot. — In : (Thèse citée), Coutan, p. 77. — (Archives générales de médecine), 1881, t. II, 702.

---

9. — *Orchite suraiguë suppurée chez un vieillard à la suite d'une contusion. — Pas d'hématocèle pariétale. — Issue des tubes séminifères. — Destruction du parenchyme testiculaire.* — Tillaux. — In : (Gazette des Hôpitaux), 1872. p. 739. — (Archives générales de médecine), 1881, p. 705.

10. — *Contusion violente du testicule. — Pas d'hématocèle pariétale. — Rupture de l'albuginée. — Issue des tubes séminifères. — Destruction du testicule. — Epidyme indemne.* — PHOREL — In : (Mémoires de médecine militaire), t. V, 1818. — (Archives générales de médecine), 1881, t. II, p. 706.

Si généralement l'hématocèle, même légère, du cordon s'accompagne d'une infiltration de sang plus ou moins considérable dans le tissu cellulaire des bourses, infiltration qui n'empêche pas de découvrir l'existence d'une tumeur circonscrite sur le trajet du cordon, il est cependant des cas où l'hématocèle diffuse du cordon restera méconnue, pendant plusieurs jours, parce que l'infiltration sanguine ne permettra pas de la découvrir. Tel est le cas cité par Curling (1).

Mais là où le diagnostic entre une hématocèle pariétale et une hématocèle funiculaire deviendra réellement difficile, c'est quand on aura affaire à à une tumeur sanguine ancienne, enkystée, du cordon. Nous ne voulons naturellement pas parler ici des tumeurs qui siègent assez haut sur le cordon seul et pénètrent quelquefois jusque dans le canal inguinal ; dans ce cas le doute ne sera pas possible. — Il n'en sera pas de même si la tumeur siège immédiatement au-dessus du testicule, car alors nous pouvons observer toutes les variations de volume, depuis celui d'un œuf de poule, jusqu'à celui de deux poings ; comme dans l'hématocèle pariétale, nous trouverons souvent de l'indépendance de la tumeur, tant vis-à-vis du testicule que des éléments du cordon, qui sont accolés contre sa paroi postérieure, sans faire corps avec elle ; rarement ces éléments sont englobés dans la tumeur. La peau n'adhère jamais a la poche et on peut la faire glisser à sa surface.

La seule ressource qui nous reste se trouve dans les commémoratifs. Ceux-ci nous renseigneront sur les débuts et la marche de la maladie, et nous montreront si nous avons affaire à une hématocèle traumatique enkystée du cordon, ou à une hématocèle développée dans un kyste préexistant de l'épididyme. Il serait fastidieux de donner des exemples pour démontrer avec quelle facilité pourraient être commises les erreurs dans le diagnostic, si l'historique de la maladie ne venait l'éclairer. Nous ne citerons que le cas suivant, observé et traité dans le service de M. le professeur Heydenreich.

Observation CLIX

Hématocèle enkystée du cordon.

Ch..., receveur des douanes, 45 ans. Hématocèle développée dans une hydrocèle

---

(1) CURLING, — *loc. cit.* édit. franç. p. 270.

enkystée du testicule droit. La tumeur a commencé à apparaître huit ans auparavant, elle a grossi surtout depuis quatre ans. Le 22 juin 1888, excision des parois de la poche jusqu'au ras du testicule. — La guérison est complète le 1er août.

Le diagnostic entre les trois variétés d'hématocèles : pariétale, funiculaire et vaginale, peut quelquefois devenir extrêmement pénible, soit par la coexistence de plusieurs poches sanguines, soit par la complication d'un sac herniaire et d'une hydrocèle de la vaginale. Rien n'empêchait, dans les cas que nous allons citer, de prendre l'hématocèle du cordon pour un kyste sanguin du tissu cellulaire des bourses

Hématocèle enkystée du cordon située entre un sac herniaire et une hydrocèle de la tunique vaginale, sans communication avec l'un ou l'autre. Epaissement et induration des tissus environnant l'hématocèle. — In : (Musée Hunter), à Londres, d'après Curling.

Hématocèle enkystée de la tunique vaginale. — Hématocèle enkystée du cordon sur le même sujet et du même côté. — Velpeau — In : (Gazette des Hôpitaux) 1847, p. 366.

Hématocèle ancienne de la tunique vaginale accompagnée d'une hématocèle enkystée du cordon — Péan. — In : (Clinique Chirurgicale) 1874-1875, Paris, p. 562.

Hématocèle par épanchement dans la bourse gauche. — L. Jullien. — In : (loc. cit.)

J'ai suivi un malade dans le service de Le Dentu qui offrait une difficulté particulière. Il portait dans le scrotum quatre corps globuleux qui donnaient presque l'impression de quatre testicules : à droite le testicule et un kyste du cordon ; à gauche, un hématome et au-dessus le testicule.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Scarpa. — Memorio sull' idrocele del cordone spermatico. Paris, 1823.

Teale (T. P.). — Case of Hæmatocele of the spermatic cord. *Prov. med. Journal.* London, 1843, t. VI, p. (347-349).

Velpeau. — In : *Gaz. des Hôp.* 1847, p. 366.

Malgaigne. — Des tumeurs du cordon spermatique. *Thèse de concours.* Paris, 1848.

Eve (P. F.). — Dissection of a large encysted Hæmatocele from the spermatic cord. — In : *South. med. et surg. Journal*. Augusta, 1850.

Da Camino (F. S.), — Due casi di voluminosissimo ematocele del cordone spermatico felicementi operati. — In : *Giornale veneto di sc. med.* Venezia, 1852, t. V, p. (563-588).

Solly. — In : *The med. Times and Gaz*. Londres 1853, t. I, p. 370.

Stanley. — In : *The med. Times and Gaz*. Londres, 1853, t. I, p. 370.

Curling. — In : Index général.

Gay (G. H.). — A traumatic encysted Hæmatocele of the spermatic cord· In : *Boston med. and surg. Journal*, 1858.

Geoffroy. — Considérations sur l'Hématocèle sous-albuginée. *Thèse de doctorat*. Montpellier, 1863.

Duplay (S.). — Des collections séreuses et hydatiques de l'aine. *Thèse de doctorat*. Paris, 1865.

Barbe. — De l'Hématocèle funiculaire. *Thèse de doctorat*. Paris, 1866.

Borlée. — Note sur un cas d'Hematocèle enkystée et ancienne du cordon spermatique. — In : *Bulletin de l'Académie royale de méd. de Belgique*. Bruxelles, 1874, p. (1168-1178).

Hodder (F. W.). — Case of Hæmatocele of the spermatic cord. — In : *Indian med. Gaz*. Calcutta, 1875, t. X, p. 16.

Péan. — In : *Clin. chir.* Paris, 1874-75, p. 562.

Lepage (G.). — Observation d'un cas d'Hématocele du cordon. — In : *Bull. de la Soc. de méd. d'Angers* (1875-76) et 1877, t. LXXIX et LXXX (118-121).

Ollier. — Hématocèle de l'epididyme. — In : *Bull. de la Soc. de chir.* Paris, 1876, p. 673.

Delhaye, — De l'Hématocèle de l'épididyme. — *Thèse de doctorat*. Paris, 1877.

Ragot. — Pathogénie des tumeurs liquides du cordon. — *Thèse de doctorat*. Paris, 1877.

Bayou. — Considerations sur l'Hématocèle intra-testiculaire. - *Thèse de de doctorat*. Paris, 1881.

Jullien (L.). - In : Index général.

Brossard. — Les tumeurs solides du cordon. — In : *Arch. gén. méd.* 1884.

Carron-Massidon. — De l'Hydrocèle enkystée du cordon. — *Thèse de doctorat*. Paris, 1884.

Monod. — Note sur la pathogénie des petits kystes de l'épididyme. *Congrès français de chirurgie*, 1re session. 1885, p. 552.

Alombert-Goguet. — Des tumeurs solides du cordon spermatique. *Thèse de Lyon*, 1887.

Fleury. — In : *Loire médicale*, 1888. — *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* Paris, 1889.

Legueu (Félix). — Hematocèles enkystées du cordon spermatique (Vaginalites funiculaires hémorrhagiques). — In : *Arch. gén. de méd.* Paris, 1890. — A consulter pour les indic. bibliogr.

Diagnostic différentiel entre l'Hématome du scrotum et les tumeurs solides des bourses

I. — Hématome et affections inflammatoires des bourses.

On ne confondra pas l'hématocèle avec les affections inflammatoires du scrotum et du testicule. Dans la plupart des cas, les commémoratifs seuls suffiront pour éviter une confusion grossière entre ces accidents si différents. — Il est cependant déjà arrivé dans un cas qu'une erreur de ce genre a été commise : la tumeur avait l'apparence de celle que l'on remarque dans l'épididymite aiguë ; elle en avait la dureté, la sensibilité à la pression : c'était cependant un hématome (1). Quelquefois la percussion pourra rendre de grands services (2).

II. — Hématome et affections non inflammatoires des bourses.

Le diagnostic différentiel entre une affection maligne du testicule et l'hématome peut présenter de grandes difficultés. A. Bérard ne dit-il pas : « La tumeur (hématocèle pariétale) peut acquérir un volume et un aspect tels qu'il ne soit pas aisé de la distinguer des tumeurs cancéreuses du testicule. » (3)

Les néoplasmes peuvent revêtir des formes plus ou moins régulières, offrir une fluctuation douteuse, ne pas changer de volume par la pression et se développer sans occasionner de douleurs ; ils peuvent aussi laisser

---

(1) In : *Gaz. des Hôp.* 29 janvier 1850.

(2) Piorry. — Du diagnostic des hernies par la percussion. In : *Gaz. des Hôp.*, 1844, p. 507 : Tumeur inflammatoire des bourses (près du périnée), donnant à la percussion une sonorité remarquable. Absence des signes d'une hernie. Diagnostic d'une communication avec l'anus par un trajet fistuleux. Vérification du diagnostic par l'autopsie.

(3) A. Bérard. — In : *Journal des connais. méd.-chir.* Paris, 1845, II, p. 162.

sentira dessus d'eux le cordon spermatique à l'état normal. En les soupesant on ne constate aucune différence d'avec les hématocèles. Mais si l'on presse au niveau de l'endroit qu'occupe le testicule, la douleur accoutumée se fait sentir dans l'hématocele, tandis que s'il s'agit d'une tumeur maligne, si surtout elle est volumineuse, la désorganisation du testicule a entraîné la perte de la sensibilité normale.

Le palper, dans le cas d'hématome pariétale enkystée, doit nous donner des renseignements précieux. Presque toujours, on sentira l'indépendance du testicule et de l'hématome. Dans les quelques cas que nous avons rapportés où cette independance ne paraissait pas exister, nous avons remarqué que l'on sentait immédiatement sous la peau et en avant la paroi externe du kyste sanguin, tandis que dans les tumeurs cancéreuses ou autres, le doigt ne les rencontre en avant qu'après avoir refoulé une couche de parties molles, ou après avoir déplacé un peu de liquide (1).

M. Desprès (2), à propos d'une erreur de diagnostic où l'on a pris une hématocèle vaginale récente pour un cancer à marche rapide du testicule, prétend que cette erreur de diagnostic aurait pu être évitée, si l'on avait cherché le point où était placé le testicule. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur du testicule de date récente, on peut toujours reconnaître le testicule.

En tout cas, la ponction exploratrice devra toujours être faite avant de se décider à pratiquer l'opération, mais cette méthode d'investigation nous procure-t-elle toujours un résultat certain et enlève-t-elle nos derniers doutes ? Non. Ce moyen peut lui-même nous induire en erreur, soit qu'il nous fasse méconnaître une hématocèle démontrée par l'opération consécutive, soit qu'il nous fasse trouver un hématocèle dans une tumeur de nature tout-à-fait différente.

Dans un cas observé par Hunter, dans une autre d'A. Bérard, il ne s'écoula point de liquide : l'instrument explorateur s'était arrêté dans les parois indurées et épaissies du foyer sanguin. D'autres fois, le sang est tellement épais qu'il ne peut s'écouler par la canule du trocart. Ernest Cloquet a entendu rapporter ce fait à Lisfranc dans une de ses leçons cliniques : la matière contenue dans le kyste, qui fut incisé, ressemblait à de la boue splénique.

D'autres fois, la ponction exploratrice peut faire croire à une hématocèle qui n'existe pas.

---

(1) Gosselin. — *Traduction de Curling.* — Et : *Leçons faites à l'hôpital Cochin, en 1855.*

(2) Desprès, — In : *Gaz. des Hôp.*, 1878, LI, n° 114.

1. — *Hématocèle ancienne ressemblant à une tumeur de mauvaise nature.* — Castiaux. — In : Bulletin médical du Nord, mai 1882.

---

2. — *Hydrocèle multiloculaire diagnostiquée sarcocèle.* — Bouteiller — In : Bulletin de la Société Anatomique de Paris, 1848, p. 258.

---

3. — *Hématocèle de la tunique vaginale gauche simulant le sarcocèle.* — Bouchard. — In : Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1863, p. 226.

---

4. — *Hématocèle du scrotum prise pour une tumeur solide ; castration : la ponction n'avait donné aucun résultat.* — Poinsot. — In : Revue mensuelle de la Société de chirurgie.

---

5. — *Tumeur du scrotum (hydrocèle avec kyste) non reconnue par la ponction.* — Malgaigne. — *Bull. Soc. chir. Paris*, 24 déc., 1845. — *Gaz. des Hôp.*, 1846, p. 15.

Malgaigne, consulté par un notaire de Luxembourg auquel on avait dit qu'il avait trois testicules, pensa qu'il portait une hydrocèle du cordon. Il fit une ponction ; rien ne sortit. Un second coup de trocart ne donna pas plus de résultats. Il se décida seulement alors à faire l'incision et il reconnut une hydrocèle avec de très-petits kystes.

---

6. — *Sarcome de volume énorme au scrotum. — Ponction n'ayant donné que du sang. — Opération. — Guérison.* – Liston, de Londres. *The Lancet*, 8 août 1840. — *Gaz. des Hôp.*, 1840, XIII, p. 462.

A la suite d'une ponction d'hydrocèle traumatique, une vive inflammation était survenue dans les parois, avait persisté et atteint le volume des deux poings.

En faisant la ponction, on ne livra issue qu'à du sang. L'extirpation de la tumeur fut décidée : elle était très-lourde et élastique sur certains points ; la peau était résistante au toucher et sillonnée de grosses veines. — L'observation ne nous renseigne pas sur la nature intime de cette tumeur.

---

7. — *Tumeur encéphaloïde du scrotum, ayant fait croire à l'existence d'une hématocèle.* — J. Cloquet. — In. E. Cloquet : De l'Hématocèle de la tunique vaginale, *Thèse de doctorat*, Paris, 1846, p. 24.

J'ai vu, à l'hôpital des cliniques, en 1838, un cas où la ponction exploratrice eût pu faire croire à une hématocèle. En présence d'une tumeur de nature douteuse, J. Cloquet pratiqua une ponction avec le trocart ; il s'écoula par la canule un liquide épais et brunâtre ; *mais ce liquide avait une odeur fétide et caractéristique des affections cancéreuses.* — Sur ce seul signe, J. Cloquet pensa que le trocart avait pénétré dans un de ces foyers qu'offrent si fréquemment les tumeurs encéphaloïdes et se décida à pratiquer la castration.

---

8. — *Tumeur du scrotum : dans laquelle on remarquait des épanchements sanguins assez semblables à ceux qu'on remarque dans les tumeurs encéphaloïdes.* — Jobert de Lamballe. — In : Gazette médicale de Paris. 1850, p. 558.

9. *Sarcocèle : épanchement sanguin dans son centre.* — Bernard. — In : Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1839, p. 49.

---

10. — *Sarcocèle encéphalique : Poche sanguine dans la tumeur, simulant une hématocèle. — Funiculite. — Péritonite et infection purulente.* — Guillon. — In. Thèse de de Paris, 1877 : Considérations sur l'hématocèle vaginale.

---

11. — *Enchondrome du testicule avec kyste hématique simulant une tumeur de la tunique vaginale. — Castration.* — Cruveilhier. — In : Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1873, p. 329.

---

12. — *Enchondrome du testicule avec ecchymose et caillot sanguin à la partie inférieure du scrotum.* — Zambaco. — In : Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1852, p. 472.

---

13. — *Hématocèle ancienne développée au milieu d'une masse encéphaloïde. — Incision. — Mort.* — Velpeau. — In : Gaz. des Hôpitaux, 1840, p. 114.

---

14. — *Tumeur kystique du testicule avec contenu sanguinolent.* — Panas. — In : Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1857, p. 387.

---

15. — *Tumeur kystique du testicule avec foyer hémorrhagique.* — Nélaton. — In : (Bull. de la Soc. anat. de Paris), 1852, p. 531.

---

16. — *Kyste du testicule, avec contenu devenu hémorrhagique, probablement à la suite d'une ponction antérieure.* — Decoux. — In : Bull. de la. Soc. anat. de Paris, 1838, p. 61.

Nous ajoutons aussi plusieurs exemples qui montrent combien le diagnostic peut devenir embarrassant dans certains cas.

---

17. — *Sarcome névroglique du testicule et de la tunique vaginale avec épanchement sanguin successivement pris pour hydrocèle, puis pour hématocèle ; incision et résection de la tunique vaginale ; castration après examen microscopique.* — Cauchois. — In : Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1872, p. 289.

---

18. — *Cancer du testicule avec hématocèle vaginale.* — Vidal de Cassis. — Bull. de la Soc. de chirurgie, II, 1851-52, p. 249, 261, 279, 373.

Tumeur du testicule formée *à la suite d'énergiques efforts de défécation*. Elle augmenta peu à peu et une autre tumeur molle, fluctuante, vint se surajouter à elle. Deux ponctions ont été pratiquées et ont donné issue chaque fois à 200 grammes de liquide semblable à une hématocèle. Ce liquide d'ailleurs à peine évacué se reproduisait aussitôt.

La castration a démontré la nature cancéreuse de la tumeur et de l'hématocèle dans une vaginale épaissie.

19. — *Sarcocèle du testicule et Hématocèle vaginale.* — *Hernie épiploïque surmontée d'une hernie intestinale.* — M. Hergott, professeur agrégé. — In : Thèse de Strasbourg, 1869. — Raoul Déborde : *Du sarcocèle*

---

20. — *Myxome du testicule diagnostiqué : Hématocèle vaginale.* — F. Brun. — In : Bull. de la Soc. anat. de Paris. 1878, p. 523, 527.

La tumeur avait doublé de volume en un clin d'œil et la ponction n'avait pas donné de sang.

La ponction n'est pas seulement infidèle, elle peut devenir dangereuse, même quand on prend toutes les précautions antiseptiques. En quelques heures, en quelques jours on peut produire des décompositions putrides dans la cavité, des phlegmons diffus, des gangrènes envahissantes et même des infections purulentes.

Aussi croyons-nous que le conseil donné par M. Verneuil de faire, non pas la ponction exploratrice, mais l'incision exploratrice, dans les cas de doute, est un conseil à suivre. Si nous avons affaire à une hématocèle enkystée, l'extirpation est tout indiquée ; si elle est encore à l'état liquide, mieux vaut une large évacuation du sang. Nous ne pouvons d'ailleurs mieux faire que de reproduire cette observation de M. Verneuil.

Observation CLX

Diagnostic différentiel du sarcocèle du testicule avec l'hématocèle.

Par Verneuil (1).

Un garçon vigoureux de la campagne, âgé de 18 ans, entre dans le service de M. Verneuil pour une affection du testicule droit. Il raconte qu'à Noël, il y a deux mois et demi, il *se heurta les bourses contre l'angle d'un billard.* La douleur fut passagère ; il continua sa partie et ne se reposa pas. Le gonflement fut assez rapide, mais indolent ; pas d'autre traitement que l'éternel iodure de potassium et l'éternelle pommade. A l'arrivée du malade à l'hôpital, on trouva le cordon empâté, une tuméfaction diffuse et la douleur signalée. La tumeur présente les caractères suivants :

Comme situation et comme forme, c'est exactement le testicule ayant une fois et demie e volume normal, souple, mobile, non adhérent aux téguments, pas empâté ni coloré anormalement ; au résumé, tumeur très-régulière, d'une consistance pas tout à fait homogène, fluctuante dans les deux tiers de son volume, rénitente, présentant en arrière et en bas certains points où la tumeur est dure, résistante, cette dureté correspondant surtout à la partie inférieure de l'épididyme. En arrière et en

---

(1) *Gaz. des Hôp.* 1870, p. 517 et *Mouvement médical.* 1870.

bas il y a une petite bosselure qui se détache du reste de la tumeur, et qui est comme surajoutée.

Pas d'engorgement dans l'aine. Cordon souple ; pas de retentissement dans les reins.

Quelle est la nature de cette tumeur ? Ou c'est une tumeur sanguine, résultat de la contusion, une *hématocèle ;* ou bien c'est une tumeur maligne un *sarcocèle* (enchondrome, lymphadénome, cancers et diverses tumeurs kystiques). Une foule de présomptions font pencher pour l'hématocèle : origine traumatique, accroissement subit, indolence absolue, extrême régularité, rénitence, fluctuation en certains points.

Cependant M. Verneuil élimine les arguments tirés de la régularité de la tumeur qui peut s'accorder avec l'existence du sarcocèle ; de la fluctuation qui existe dans la plupart des néoplasmes à la période de la formation de l'hydrocèle, de l'absence de douleur qui n'a pas une grande signification, car il y a une foule de sarcocèles non douloureux.

Ce qui fait encore pencher vers le diagnostic du sarcocèle, c'est que l'épididyme en arrière est très-dur et qu'il existe sur sa partie inférieure une petite saillie particulière. Si l'état général est excellent, cela s'explique par le jeune âge de la tumeur. Enfin, ce serait un cas où le traumatisme aurait réveillé la diathèse et déterminé la formation du cancer.

M. Verneuil insiste sur l'importance de bien établir le diagnostic, avant de se décider à intervenir chirurgicalement, car « il n'est pas trop de deux testicules pour les jeunes gens qui vivent dans une grande ville. »

Si c'est un cancer, il y a avantage à opérer avant que les ganglions se soient engorgés.

Il est, d'ailleurs, un moyen de tout concilier et de s'assurer du diagnostic. On fera d'abord une incision exploratrice, et, si l'on a affaire à une hématocèle, on ne continuera pas : on enlèvera, au contraire, le testicule, s'il s'agit d'un cancer. Cette pratique a souvent réussi. Quant à la ligature du cordon, M. Verneuil préféra la ligature partielle au catgut, dans laquelle on n'a jamais à craindre de gonflement dans le canal inguinal Il fait la section du cordon au bistouri, et pratique les ligatures au fur et à mesure

L'incision faite, le diagnostic de sarcocèle est vérifié complètement.

C'est encore l'incision exploratrice et antiseptique qui pourra seule nous renseigner sur la nature exacte de certains sarcomes de la vaginale qui nous mettent dans un doute d'autant plus grand, que presque toujours ils ont été la suite de contusions plus ou moins anciennes. Le sarcome du scrotum est rare ; la plupart des auteurs n'en parlent pas ; Curling ne parle que de la forme mélanique. Ce qu'il y a de certain, c'est que le sarcome est adhérent en général à la vaginale et peut, par conséquent, passer pour un sarcome de la vaginale.

1. — *Sarcome de la paroi du scrotum consécutif à un traumatisme et pris pour une hématocèle pariétale.* — VERNEUIL. — In : Nepveu : Contribution à l'étude des tumeurs du testicule, Paris, Delahaye, 1875.

Un homme de 45 ans, sabotier, remarqua, quelques mois après une forte contusion du scrotum une tumeur qui, depuis deux mois, prenait un accroissement considérable et s'était compliquée de phénomènes inflammatoires. Les testicules étaient rétractés vers l'ouverture inguinale. On porta le diagnostic : hématocèle pariétale et on excisa la tumeur, sans lésion aucune de la vaginale et des testicules.

Cette tumeur, grosse comme un œuf, était située à la partie inférieure et antérieure du scrotum et s'étendait par son extrémité supérieure en avant de la tunique vaginale qui, de son côté, présentait les lésions de l'hématocèle vaginale.

Le microscope fit reconnaître un sarcome fasciculé.

Dix mois après l'opération survint une récidive locale avec envahissement des ganglions iléo-lombaires.

---

2. — *Sarcome du scrotum ayant succédé à une chute sur les bourses.* — KOCHER. — Deutsche chirurgie, loc. cit. p. 26.

Nous avons pu observer, chez un homme de 44 ans, un cas de sarcome qui débuta il y a 15 ans par un papillome ; celui-ci s'accrut plus rapidement depuis 3 ans, de façon à atteindre, il y a un an, le volume d'une noix. Cette tumeur était dure, ulcérée superficiellement, pas dépressible et située dans la peau. Elle fut excisée par le Docteur Schwab, à Saint-Immer.

Il y a six mois, le malade remarqua, *après une chute, une tumeur ronde et sensible dans le canal inguinal droit.* Traitée pour une hernie, elle s'accrut peu à peu, resta un certain temps stationnaire pour former rapidement une tumeur occupant même le scrotum, onze semaines avant l'entrée à l'hôpital.

Croyant avoir affaire à une inflammation, on incisa et du sang seul sortit. Il se forma une fistule secrétant un liquide fétide.

Au 1er décembre 1877, voici le bilan du patient : Etat général satisfaisant. Du canal inguinal au fond du scrotum, tumeur mamelonnée, du volume des deux poings. Par l'ancienne incision proémine un fongus gris-noir et par des fistules juxtaposées, produites par les cataplasmes, s'écoule un liquide à odeur gangréneuse et melangé de lambeaux.

L'incision découvrit une cavité tapissée de tissu cellulaire fougueux, mou, gris-noir par places, ou gris-rouge, s'étendant jusqu'aux vaisseaux du pli de l'aine. Testicule et prostate normaux.

L'évidence de la maladie diffuse de la peau ne permit plus de songer à une excision nette et on se contenta de gratter la cavité avec une curette et de la badigeonner avec du chlorure de zinc.

Le malade, amélioré, quitta l'hôpital, pour mourir de récidive, le 16 décembre 1878.

---

3. — *Sarcome de la tunique vaginale chez un adulte.* — *Mort.* — Everard HOME. — In Curling : Traité des maladies du testicule, trad. franç. p. 406.

---

4. — *Sarcome diffus de la tunique vaginale chez un homme de 45 ans.* — *Mort.* —

Craven. — In : Curling Traité des malad. du test., 4e édit. anglaise p. 376, — et Medical Times and Gazette, Londres, 1859, 17 sept. p. 207, — et Klebs (E.), Haudbuch der path. Anatomie, Berlin, 1876, in-8°, t. II, p. 107.

5. — *Sarcome de la tunique vaginale chez un homme de 41 ans. — Guérison.* — Oré, de Bordeaux. — In Dudon (E.), Bordeaux médical, Bordeaux, 1873, p. 259.

6. — *Fibro-sarcome de la vaginale du testicule gauche, à la suite d'une ancienne hématocèle; opération ; extirpation de la tumeur ; guérison.* — A. Ceci. — In : Piory di clin. é térap., Messine, 1883, t. II, p. 441.

7. — *Sarcome de la tunique vaginale chez un enfant.* — Aug. Reverdin. — In : Revue méd. de la Suisse Romande, Genève, 1886, t. VI, p. 205.

III. — Hématome et tumeurs solides proprement dites des bourses.

On ne confondra pas une hématocèle pariétale enkystée avec un lipome du scrotum. Cette affection est d'ailleurs très-rare. Kimball (1), Jobert (2) et Maunder (3) en rapportent des exemples. Kimball avait cru avoir affaire à une ancienne hernie. Gros (4) rapporte un cas de tumeur graisseuse située au-devant d'une hernie inguinale externe et dans les tuniques du cordon. Plus récemment encore, Roswell Park (5) a décrit un cas de tumeur graisseuse englobant le testicule. Enfin, dernièrement, M. le professeur Gross (6) a communiqué à la Société de médecine de Nancy l'observation d'un énorme lipome, pesant 1,200 grammes, chez un vieillard de 72 ans, et situé sous les enveloppes du cordon ; ces lipomes se formeraient, selon lui, aux dépens du tissu graisseux sous-péritonéal.

Il serait plutôt permis de prendre un fibrome du scrotum pour une hématocèle pariétale ancienne enkystée. Nous avons en effet posé la question de savoir si ces hématocèles pariétales ne devenaient pas toujours des no-

---

(1) Kimball. — *Boston med. Journal*, 1861, p. 22 : Large fatty tumour removed from the scrotum.

(2) Jobert. — *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 558. — Sur une tumeur du scrotum.

(3) Maunder (C.-F.). — Lipoma in the inguinal region, simulating hernia, in : *Clin. Lect. and. Rep. Lond. Hosp.*, 1864, I, p. 121.

(4) Gros. — In : *Bulletin de la Soc. Anat. de Paris*, 1848, p. 44.

(5) Roswell Park. — Lipoma testis, or a large accumulation of fatt in the tunica vaginalis — In : *Transactions of the Americ. surg. Associat*, vol. IV, Philadelphia 1886, p. 263.

(6) Gross (Fr.). — Lipome du cordon. In : *Revue médicale de l'Est*, 1890, I.

dules fibreux, quand elles ne se résorbaient pas. D'ailleurs l'erreur n'aurait pas de grandes conséquences, puisque, dans les deux cas, il faudrait en arriver à faire l'extirpation (1)

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

RIXAIN. — Engorgements du testicule. *Thèse de doctorat.* Paris, an X, n° 129.

TEXIER. — Quelques-unes des maladies du testicule. *Thèse de doctorat.* Paris, an XII, n° 107.

MOLLET. — Signes diagnostics des tumeurs du scrotum. *Thèse de doctorat.* Paris, an XII, n° 224.

MONCEAUX. — Maladies du testicule qui exigent la castration. *Thèse de doctorat.* Paris, 1810, n° 4.

BOYER. — De quelques tumeurs des bourses auxquelles on a improprement donné le nom de sarcocèle.

BÉRARD (Aug.). — Des divers engorgements du testicule. *Thèse de concours.* Paris, 1834.

GERDY. — Considérations pratiques sur l'hydrocèle et le sarcocèle. — In : *Arch. gén. de méd.* Paris, 1838, p. 57-71.

DECOUX. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1838, p. 61.

BERNARD. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1839, p. 49.

VELPEAU. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1848, p. 114.

LISTON. — *The Lancet*, 1840.

MOULINIÉ (J.). — De quelques particularités dans la forme, la nature et le traitement de l'hydrocèle et de l'hématocèle. — In : *Journal l'Expérience.* Paris, 1840, n° 134, p. 49.

SÉDILLOT. Des kystes. *Thèse de concours.* Strasbourg, 1841.

ESCOUBAS. — Difficultés du diagnostic des affections du testicule et de ses enveloppes. — In : *Journal de médec. et de chir.* Toulouse, déc. 1848.

PIORRY. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1844, p. 507.

BÉRARD (A.). — In : *Journal des conn. méd.-chir.* Paris, 1845, t. II, p. 162.

MALGAIGNE. — In : *Bull. Soc. chir. Paris*, 1845, et *Gaz. des Hôp*,, 1846.

CLOQUET (E.). — De l'hématocèle de la tunique vaginale. *Thèse de doctorat.* Paris, 1846, p. 24.

(1) MOREL-LAVALLÉE. — Fibrome du scrotum, in : *Gaz. des Hôpitaux*, 1864, p. 206.

GOSSELIN. — Recherches sur les kystes de l'epididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire. — In : *Arch. génér. de méd.* Paris, 1848.

GROS. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1848, p. 44.

BOUTEILLER. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1848, 258.

JOBERT DE LAMBALLE. — In : *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 558.

VIDAL (DE CASSIS). — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1851-1852, p. 249....

ZAMBACO. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1852, p. 472.

NÉLATON. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1852, p. 531.

PANAS. — In : *Bull, Soc. an. Paris*, 1857, p. 387.

CURLING. — Sarcome de la vaginale. — In : *Traité*, *loc. cit.*

NÉLATON. — Poids spécifique des tumeurs du testicule. — In : *Arch. gén. de méd.* Paris, 1857, t. X, p. 738.

BOUISSON. — Recherches cliniques sur les variétés et le traitement de l'hématocèle. — In : *Montpellier médical*, 1858, t. I, p. 230 et 248, — et : *Tribut à la chirurgie.* Montpellier, 1861, t. II.

KIMBALL. — In : *Biston med. Journal*, 1861, p. 22.

BOUCHARD. — Une hematocèle de la tunique vaginale gauche simulant le sarcocèle. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1863, t. XXXVIII, p. 226.

MAUNDER. — In : *Clin. Lect. and Rep. Lond. Hosp.*, 1864, p. 121.

MOREL-LAVALLÉE. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 206.

NOIR. — Tumeurs enkystées des bourses. *Thèse de doctorat.* Paris) 1865.

PEBORDE. — Du sarcocèle. *Thèse de doctorat.* Strasbourg, 1869.

CAUCHOIX. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1872, p. 289.

POTEL. — Comparaison des symptômes de l'hydrocèle, de l'hématocèle de la tunique vaginale et du cancer encéphaloïde du testicule. *Thèse de doctorat.* Paris, 1872.

CRUVEILHIER. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1873, p. 319.

DUDON. — In : *Bordeaux médical*, 1873, p. 259.

PRESTAT. — Enorme tumeur des bourses. — In : *Bull. Soc. chir.* Paris, 20 janvier 1875.

NEPVEU. — Contribution à l'étude des tumeurs du testicule. *Thèse de doctorat.* Paris, 1875.

LABBÉ. — *Leçons de clin. chir.* Paris, 1876, 153-220 : Diagn. des tumeurs des bourses.

GUILLON. — Considérations sur l'hématocèle vaginale. *Thèse de doctorat.* Paris, 1877.

BRUN. — In : *Bull. Soc. an. Paris*, 1878, p. 523.

Desprès. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1878, p. 1882.

Poinsot. — In : *Revue mensuelle de la Soc. de chir.* — Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule. Paris, in-8°, 1878.

Verneuil. — Diagnostic différentiel du sarcocèle du testicule avec l'hématocèle. — In : *Mouvement médical*, 1879, — et : *Gaz. des Hôp.*, 1879, p. 517.

Castiaux. — In : *Bull. méd. du Nord*, 1882.

Ceci (A.). — In : *Giorn. di clin. e terap.* Messine, 1883, t. II, p. 441.

Reverdin (A.). — In : *Rev. méd. de la Suisse Rom.* Genève, 1886, p. 205.

Kocher. — *Sarcome du scrotum.* — In : *Deutsche Chirurgie*, loc. cit.

CHAPITRE VIII

Marche, Terminaison et Pronostic de l'Hématome du scrotum.

Les blessures du scrotum ne diffèrent pas de ce qu'elles sont dans les autres régions et elles comprennent tous les degrés, depuis la plus légère contusion jusqu'à une attrition complète des parties et des couches qui le constituent. Par suite, le sang répandu dans le scrotum se trouve à un état qui, d'un côté, n'est que celui de l'ecchymose, et de l'autre un mélange avec des parties violemment atteintes et presque entièrement détruites. Ces deux cas extrêmes n'offrent qu'un faible intérêt chirurgical. Il n'en est pas de même lorsque la contusion offre un degré intermédiaire.

La peau du scrotum offre, après la contusion de cet organe, une couleur bleu-noirâtre qui passe, comme la peau des autres parties du corps, par toutes les couleurs ecchymotiques. Autant est grande la rapidité avec laquelle apparaît cette coloration, autant est lente sa disparition ; en général, il ne faut pas espérer voir la peau revenir à son aspect normal avant trois semaines. Si la peau a eté elle-même profondément atteinte par le traumatisme, il y a de grandes chances pour la voir tomber en gangrène. Dans les autre cas, elle ne se sphacèle que si la tumeur sanguine atteint des proportions énormes ou s'enflamme la premiere.

Vient-on à inciser un scrotum atteint depuis peu d'hématocèle pariétale, du sang rouge s'écoule en plus ou moins grande abondance par les lèvres de l'incision. S'il n'y a qu'infiltration, on voit les parois du scrotum, plus ou moins épaisses, se présenter avec une coloration rouge, imbibées qu'elles sont par le liquide sanguin, et la pression fait difficilement écouler le sang infiltré dans la trame des tissus. Le traumatisme a-t-il été plus violent, les tissus sont infiltrés comme une éponge et ont pour ainsi dire disparu devant l'irruption considérable du sang au milieu d'eux.

Dans l'hématocèle par épanchement, le contenu est variable, suivant la nature des éléments du sang qui persistent dans la poche et suivant les modifications physico-chimiques qu'ils ont pu subir ; l'incision fait découvrir une masse de sang, tantôt liquide, comparable au sang veineux, mais présentant cependant une teinte un peu plus brune. D'autres fois, il est moins fluide ; sa consistance rappelle celle d'un liquide sirupeux, tel que la mélasse.

D'autres fois il est coagulé ; les caillots qu'il présente peuvent avoir une densité variable, suivant leur ancienneté et suivant que l'absorption de la

partie liquide aura été plus complète. Ces caillots sont noirs, plus ou moins adhérents avec les parois du foyer qui les contient. Enfin on trouve dans le foyer un liquide d'une coloration plus ou moins foncée, baignant des caillots tantôt fibrineux, tantôt rougeâtres, moins nombreux, qui ont contracté de faibles adhérences avec les parois de la poche hématique.

Cette masse de sang est isolée au milieu des tissus. Tout autour d'elle les tissus refoulés lui forment comme une coque enveloppante, barrière bien faible contre de nouveaux envahissements. A une époque plus éloignée du début de l'accident, on voit se former une sorte de membrane rouge, molle, tomenteuse, résultat d'une exsudation plastique qui constitue une enveloppe complète au sang épanché et l'isole des parties voisines.

On avait longtemps admis que la coque si épaisse de ces kystes était formée, outre la condensation des tissus, par des dépôts successifs de la fibrine contenue dans le sang de la poche. Mais cette théorie tomba d'elle-même depuis que Broca (1) fit remarquer avec raison que le sang renferme seulement trois millièmes de fibrine, et que, pour expliquer la quantité de matière fibrineuse trouvée dans certains kystes, il faut admettre un exsudat consécutif à l'épanchement sanguin.

Quand l'ecchymose est très-étendue, la contusion considérable, le sang agit comme un corps étranger sur les tissus qu'il abreuve, y étouffe la vie et les fait tomber en gangrène. De nouveaux phénomènes se manifestent alors ; les symptômes généraux observés peu de temps après l'accident, au lieu de diminuer graduellement, comme cela se voit quand le liquide doit être absorbé, augmentent d'intensité ; il y a de la fièvre, de l'agitation ; la douleur locale est plus vive ; la peau des bourses devient chaude, très-tendue, car la tumeur augmente de volume, devient ballonnée, rénitente ; des phlyctènes se forment sur divers points du scrotum. Ces phlyctènes sont remplies de sérosité roussâtre ; bientôt celles-ci se rompent, laissent couler la sérosité teinte de sang, et au-dessous d'elles, on trouve une plaque d'un gris noirâtre, indiquant la mortification des téguments. Le scrotum ne tarde pas lui-même à se détacher par lambeaux gangrénés et les testicules sont mis à découvert. J. Cloquet fut témoin de semblables désordres chez un charpentier qui fut apporté à l'hôpital Saint-Louis pour une énorme hématocèle provenant d'une chûte sur le périnée (2).

D'autres fois, dans ce cas, l'hématocèle n'est pas suivie de gangrène, mais donne lieu à de vastes abcès qui peuvent s'étendre au périnée et jusque

---

(1) Brocca. — Traité des tumeurs, t. II, p. 12. Paris, 1869.

(2) J. Cloquet. — Art. : Hématocèle. — In : *Dict. de médecine*. Paris, 1824, t. X.

dans les régions inguinales et dont le contenu est très-variable ; quelquefois à des phlegmons circonscrits ou diffus. Cette terminaison peut avoir lieu dans les jours qui suivent le traumatisme ou au bout d'un temps plus ou moins long. Les causes de la suppuration sont locales et générales. Locales, elles tiennent à la violence de la contusion et à l'intensité de la réaction inflammatoire qui en resulte, aux irritations consécutives de la paroi de l'hématome. Générales, elles peuvent tenir à la coexistence d'une affection fébrile (variole, fièvre typhoïde, etc...) d'un état général diathésique, tel que le diabète, le scorbut, et peut être, d'un foyer de suppuration éloigné.

Mais, hâtons-nous de le dire, cette terminaison par gangrène de la peau est relativement rare. L'expérimentation viendra ici encore nous en donner la raison : si nous pratiquons nos injections sous-cutanées de gélatine et si nous cherchons ensuite à faire pénétrer une injection par les artères qui se rendent au scrotum, nous voyons que les plus gros vaisseaux se rendent encore à la peau. Celle-ci recevant par conséquent encore suffisamment de nourriture, pourra résister à la compression émanant de la tumeur sous-cutanée et réparer les désordres produits par la contusion. Nous avons donné un exemple de régénération de la peau du scrotum après le sphacèle de tout le tegument des bourses ; nous n'avons donc pas à y revenir.

Comme la plupart des maladies des organes génitaux, l'hématocèle pariétale peut affecter profondément le moral de certains individus qui, voyant l'avenir tout en noir, croient qu'ils ne guériront pas de leur accident et font des tentatives pour se suicider. Tel est le cas de cet homme dont parle J. Cloquet, et qui avait déjà mis son projet à exécution, mais on put s'en apercevoir à temps et le rappeler à la vie.

Nous croyons que les hématomes du scrotum une fois enkystés peuvent parfaitement donner naissance a des tumeurs fibreuses. Dans un cas qu'il eut à oberver, Baudens constata la persistance de noyaux partiels d'induration, après la disparition de l'infiltration sanguine. Nous donnons ici quelque observations qui, sans avoir une histoire très-nette, nous paraissent cependant devoir appuyer notre opinion, car nous avons déjà dit ailleurs ce que nous pensions des hématocèles de l'épididyme.

OBSERVATION I. — *Hématocèle épididymaire terminée par kyste fibreux.* — POISSON. — (Des tumeurs fibreuses épididymaires). — Thèse de doctorat, Paris, 1858.

Chez un homme apparut, en 1843, sans coup, du moins au souvenir du malade, dans le côté gauche du scrotum, un gonflement considérable, ayant nécessité le repos et l'application de sangsues. Ce n'est qu'un an ou deux après seulement, qu'il y eut dispa-

rition complète de la tumeur, sans persistance, dit Poisson, d'un noyau d'engorgement dans l'épididyme. En 1848, apparurent deux ou trois petits noyaux, durs, non douloureux, remarqués par hasard, grossissant régulièrement, quoique très-lentement. Le malade va trouver Ricord, qui constata une tumeur du volume d'une très-forte amande avec son enveloppe, occupant uniquement le côté gauche des bourses, sans changement de coloration des téguments, qui, de plus, sont parfaitement libres partout. Ricord enlève la tumeur et la reconnait de nature fibreuse.

Observation II. — *Hématocèle pariétale des bourses* (*épididymaire ? pour Delhaye*). — Desprès. — De l'hématocèle de l'épididyme. Thèse de Paris, 1877.

Le nommé Forez (Louis), âgé de 18 ans, est entré, le 19 octobre 1876, à l'hôpital Cochin (Baraques, lit nº 8).

Ce jeune homme a toujours joui d'une bonne santé : il n'a pas d'antécédents héréditaires. Le 8 octobre dernier, il reçoit, dans une rixe, un violent coup de pied sur les bourses. Il ressent immédiatement une douleur très-vive, qui lui permet cependant de marcher jusque chez lui, à quatre ou cinq minutes de là. En découvrant les parties, il constate une *tuméfaction énorme avec une large ecchymose couvrant toute la moitié gauche du scrotum*. Un pharmacien consulté fit appliquer des sangsues, puis des cataplasmes. Le malade garda le lit pendant huit jours. Le gonflement diminua : cependant il restait toujours une grosse tumeur du côté gauche, et le malade se décida à entrer à l'hôpital, le 19 octobre dernier. Là on se contenta d'appliquer des cataplasmes, et à la fin de novembre on fit des badigeonnages de teinture d'iode.

A son entrée, il existait encore sur le scrotum une large ecchymose ; dans la bourse gauche, on pouvait constater une tumeur assez volumineuse, présentant des lobes assez distincts ; cette tumeur remontait très-haut ; on sentait manifestement qu'elle occupait le cordon, elle arrivait à l'anneau inguinal ; *le testicule était retracté*. Avec le temps et sous l'influence du traitement, l'ecchymose disparut ; la tumeur se résorba et se circonscrivit.

Le 12 décembre, à l'examen du malade, voici ce que l'on constate : La bourse gauche est déformée par une tumeur paraissant trilobée. Lorsqu'on palpe cette tumeur, on sent, en effet, trois parties distinctes : d'abord le testicule rejeté en bas, en dedans et un peu en arrière, parfaitement sain. Au-dessus du testicule et faisant corps avec lui, une tumeur ayant la forme d'une gourde, divisée en deux parties par un étranglement situé vers sa partie moyenne. La partie la plus grosse est placée au-dessus ; elle a le volume d'un petit œuf, elle est dure, présente une rénitence élastique, n'est pas douloureuse à la pression : sa consistance, partout égale, donne la sensation d'une poche très-distendue par du liquide. La petite portion, située au-dessous de la première, est plus allongée que la précédente, elle est plus dure à la pression, et elle offre une consistance plus inégale.

La pression sur les deux portions est également indolente et ne provoque pas chez le malade de sensations différentes.

En passant le doigt dessus cette tumeur, on sent la partie supérieure du cordon intacte.

M. Desprès porte le diagnostic suivant : pour lui, la grosse portion supérieure de la tumeur est une *hématocèle de la partie inférieure du cordon*, la petite portion ou portion inférieure est une *hématocèle de l'épididyme*. Avec le temps, la partie supérieure de la tumeur se résorbe, et le 4 janvier 1877, le malade quitte l'hôpital. A cette époque,

on sentait que le cordon était parfaitement intact ; il ne restait plus trace de l'épanchement sanguin dans cet organe, mais à la place de la tumeur sanguine épididymaire il restait une tumeur grosse comme une petite prune, bien arrondie, faisant absolument corps avec l'epididyme, et ne pouvant être séparée du testicule. Cette tumeur était d'une dureté ligneuse, ne présentait aucune espèce de fluctuation et était complètement indolente. Elle ne gênait aucunement le malade qui avait des érections normales.

Observation III. — *Tumeur fibreuse du scrotum* — Parmentier. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1827, p. 274.

Parmentier présente à la Société anatomique une tumeur fibreuse, du volume d'une petite pomme, enlevée par Malgaigne à la partie inférieure du scrotum droit. *Elle adhérait en ce point à la tunique vaginale.* Elle était dure, bosselée, présentant sous la peau des veines variqueuses. La tumeur appartenait à un homme de 40 ans, et datait de 7 à 8 ans. Le malade avait éprouvé quelques élancements et surtout de la gêne en marchant. — L'examen microscopique, fait par Broca, n'a permis de constater que du tissu fibreux avec quelques éléments fibro-plastiques assez rares.

Observation IV. — *Tumeur fibreuse adhérente à la vaginale.* — Curling. — In : Traité des maladies du testicule, trad. Gosselin, Paris, 1857, p. 604.

Fibrome du volume de deux poings, chez un homme de 30 ans, adhérent à la vaginale ; il fallut enlever une portion de celle-ci avec la tumeur.

Observation V. — *Fibrous tumour of the scrotum involving the left testicle.* — Chr Heath. — In : Transact. of the patholog. Soc. of London, Londres, 1865, t. XVI, p. 183.

Les connexions du fibrome avec la partie postérieure de l'épididyme et la tunique étaient à ce point intimes que l'on dut faire l'ablation du testicule tout entier.

Observation VI. — *Fibrous tumour of the scrotum.* — Holmes. — In : Transactions of the patholog. Soc. of London. Londres, 1869, t. XX, p. 246.

Observation VII. — *Fibrome de la tunique vaginale.* — Baizeau. — In : Union médicale, 1861, II, p. 451.

Observation VIII — *Fibrome énorme de la queue de l'épididyme droit.* — A. Poncet, de Lyon. — In : Gaz. des Hôp., Paris, 1887, n° 60, p. 479.

De tout ce que nous venons de dire sur la marche et la terminaison de l'hématome du scrotum, on peut en conclure que le pronostic est rarement grave, et qu'il ne le serait jamais, si un traitement judicieux était institué à temps.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LŒBER. — Historia contusionorum. *Dissertat. inaugurale*, Iéna, 1726.

LOUSTANNEAU. — De contusionibus. *Thèse de doctorat*, Paris, 1772.

PALETTA. — De abcessibus sanguineis.

VELPEAU. — De la contusion dans tous les organes. *Thèse de concours*, Paris, 1833. — Recherches sur les cavités closes. In : *Ann. de chir. franç. et étrang.*, Paris, 1843.

POISSON. — Des tumeurs fibreuses épididymaires. *Thèse de doctorat*, Paris, 1858.

ROBIN (Ch.). — Leçons sur les tumeurs. — Art. : Coagulation, p. 225.

VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, trad. Arronssohn, Paris, 1867. — Handbuch des speciellen Pathologie und Therapie, Erlangen, 1869.

HEURTAUX (A.). — *Nouveau dict. de méd. et de chir. pratique* (Jaccoud), t. XIX, Paris, 1874. — Art. : Kystes. — Indicat. bibliogr.

MULLER (W.). — Etude sur le rôle des ganglions lymphatiques dans la résorption des épanchements sanguins. *Dissertation inaugurale*. Gœttingen, 1879.

COUTON. — Contribution à l'étude de l'inflammation du testicule et de l'épididyme consécutive aux contusions de cet organe. *Thèse de doctorat*, Paris, 1881.

TERRILLON (O.) et SUCHARD. — Recherches expérimentales sur la contusion du testicule. In : *Arch. de physiologie normale et pathol.* Paris, 1882, 2e série, IX, p. 325-335.

LAUGIER. — Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques. Paris, 1883, t. IX, p. 317. — Art. : Contusion.

LEMARIGNIER. — De l'évolution des hématomes traumatiques (à l'exclusion de ceux des grandes séreuses). *Thèse de doctorat*, Paris, 1886. — Hématomes traumatiques. In : *Paris-médical* et *Gaz. des Hôp.*, 1887, p. 12.

LUCKE. — Lehre von der Geschwülsten. In : *Deutsche Chirurgie* (Billroth et Lücke). Stuttgart, 1887, t. II, première livraison, p. 268.

CHAPITRE IX.

Traitement de l'Hématome du Scrotum.

Quelle conduite devra-t-on tenir en présence d'un épanchement sanguin ? Nous pensons que les indications varient suivant l'ancienneté de l'épanchement, les complications qui l'accompagnent, et l'intégrité des parties molles.

D'abord contre l'élément douleur, la glace, dont nous reparlerons d'ailleurs plus loin, est un des meilleurs calmants. Si les contractions du dartos sont assez fortes pour simuler de véritables coliques, on pourra administrer une injection de morphine ou mieux encore de cocaïne (un centigramme).

Lorsqu'on est appelé immédiatement après l'accident, la tumeur liquide n'est même pas toujours formée, et tous les efforts devront tendre à la prévenir, ou tout au moins à la diminuer. C'est dans ces cas que le repos et une compression immédiate seront efficaces. Nous n'avons pas besoin de rappeler comme exemple le moyen populaire et souvent avantageux qui consiste, à la suite d'une petite contusion, dans l'application sur la partie atteinte d'une petite pièce de monnaie qu'on appuie fortement ; cette compression, dans quelques cas, empêche l'exsudation des liquides et prévient la formation d'une bosse sanguine. Méthodiquement faite sur des régions décollées, l'action de la compression peut être utile, si elle est appliquée aussitôt après le traumatisme.

Mais au scrotum comment faire cette compression ? Où est notre point d'appui ? Il suffira tout simplement d'entourer les bourses d'un bon suspensoir bien rembourré de coton ; la pression qui proviendra de l'irruption du sang sous les parois du scrotum sera neutralisée par la résistance des parois inextensibles du suspensoir, et cette pression sera d'autant moins douloureuse qu'elle est répartie sur toute la périphérie. Mais il est nécessaire de surveiller cette compression, car si la peau venait à être trop fortement comprimée entre ces deux forces contraires, elle tomberait en sphacèle.

Si l'infiltration est peu considérable, on pourra permettre au malade de se lever, les bourses étant soutenues par un suspensoir bien fait. Celui-ci, non-seulement maintient les bourses, mais encore, si l'on a soin de le choisir d'une dimension telle qu'il puisse exercer sur les parties une compression légère, il favorisera la résorption du liquide.

Si l'infiltration est considérable, le malade gardera le repos au lit; les bourses seront soulevées, ramenées en avant et en haut, soit à l'aide d'un coussin placé entre les cuisses, soit par les deux cuisses elles-mêmes maintenues rapprochées, ou mieux encore à l'aide d'une cravate passée en-dessous du scrotum et se rattachant à une ceinture serrée autour de l'abdomen. On pourra aussi employer un carton ou une planchette échancrée sur un de ses côtés de façon à pouvoir le pousser sous le scrotum.

Des compresses imbibées d'eau blanche ou plutôt des cataplasmes émollients seront placés sur les parties ecchymosées et maintenus à l'aide d'un suspensoir s'appliquant d'une manière exacte sur la tumeur. Les résolutifs les plus divers ont été tour à tour vantés dans cette affection; à côté de l'eau de Goulard, le chlorure de sodium, la teinture d'arnica, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'eau-de-vie camphrée, dont l'usage était si répandu qu'il « infectait tous nos services de chirurgie, » (1) tous ces résolutifs ont eu leurs défenseurs comme leurs adversaires. — C'est par la chaleur humide que Velpeau (2) prétendait agir sur les épanchements sanguins. Un remède populaire dans les environs de Montpellier consiste dans des cataplasmes préparés avec la feuille du persil; on en obtiendrait de très-bons résultats (Bouisson). Tout le monde connaît l'emploi que font certaines gens de la boue de meules pour la confection des cataplasmes. On pourra ordonner des cataplasmes laudanisés, si la douleur est un peu forte.

Il est une autre médication du début qui a donné souvent d'excellents résultats, c'est celle des répercussifs:

L'eau froide et la glace ont été employées en applications locales continues. On comprend que leur action puisse prévenir le développement de l'inflammation; de plus, comme l'abaissement de la température maintient plus longtemps la fluidité du sang, on pourrait encore voir dans ces agents une condition favorable à la résorption de l'épanchement. Baudens et Curling vantent la puissance de la glace sur le dartos; même dans une distension considérable du scrotum on peut remarquer nettement des contractions; s'il n'y en a plus, il faut s'en prendre non à la tension, mais à la contusion des muscles et à leur infiltration sanguine. C'est par le froid qu'agissent les lotions.

Mais il y a à l'emploi des agents frigorifiques une contre-indication capitale : lorsque les téguments ont été plus ou moins altérés par l'action des corps contondants, la réfrigération favorise la production de la gan-

(1) Malgaigne. — Anatomie chirurgicale.

(2) Velpeau. — Du traitement des ecchymoses par les cataplasmes. — In: *Gaz. des Hôp.* 1851, p. 110.

grène. Il ne faut pas non plus employer le froid chez les vieillards et les sujets disposés aux catarrhes.

Peut-être serait-il alors bon d'employer, comme l'a fait Nélaton, les grands bains pour activer la résorption sanguine. L'eau chaude produisant une dilatation des vaisseaux, active la circulation et agit dans le sens contraire du froid : dans un cas, on cherche à activer l'absorption en laissant les vaisseaux grand'ouverts, dans l'autre, on resserre au contraire ceux-ci pour en arrêter l'hémorrhagie tout en maintenant le sang à l'état liquide le plus longtemps possible.

Lorsque la peau est amincie, décollée dans une grande étendue, si le malade ressent de la douleur, il faut se hâter d'ouvrir le foyer sanguin. Celui-ci sera débarrassé des caillots sanguins ; la plaie sera soigneusement absergée, et remplie de vaseline salolée et iodoformée, puis suturée. Un pansement légèrement compressif et antiseptique viendra hâter le recollement des parties, et, au bout de quelques jours, la réunion par première intention sera complète. Avant d'ouvrir le foyer sanguin, la position du testicule sera reconnue, afin d'éviter sa blessure, et on pratiquera une incision verticale qui arrivera toujours jusque vers la partie la plus déclive de la tumeur ; quelquefois, lorsque l'épanchement est très-considérable, il est nécessaire de faire plusieurs incisions.

L'espoir de voir diminuer l'infiltration sanguine autour de l'épanchement peut quelquefois engager le chirurgien à temporiser. En effet, par l'incision, il ouvrirait un large foyer qui aurait pu, au bout de quelques jours, se circonscrire par l'absorption du sang infiltré. Lorsqu'il ne se manifeste aucun accident général ni local, il doit attendre quelques jours et ouvrir le foyer lorsqu'il n'obtiendra plus rien ni de la position ni des résolutifs. Naturellement il emploiera tous les moyens antiseptiques dont nous disposons aujourd'hui, car il ne faut pas oublier combien il est difficile de tenir dans un état d'asepsie parfaite une région qui peut être imprégnée d'urine ou de matières fécales.

Si les douleurs ne sont pas trop vives, si la peau ne paraît pas devoir se sphacéler, on peut encore essayer l'application de sangsues comme moyen préventif contre l'inflammation. Mais si ce moyen, souvent efficace, mais aujourd'hui bien délaissé, ne donne pas le résultat cherché, il faudra employer le bistouri. Car, si nous conseillons l'incision du foyer dans les cas de vastes épanchements qui peuvent faire craindre la décomposition putride du sang et l'inflammation, à plus forte raison cette opération est-elle indiquée lorsque cette inflammation est déjà développée. Lorsque l'on constatera plusieurs jours après l'accident une augmentation assez notable dans le volume des bourses, avec élévation de la température, infiltration

œdémateuse dans le tissu cellulaire sous-scrotal, augmentation de la douleur, réaction générale fébrile, frissons erratiques, etc.., il ne faut pas hésiter à ouvrir largement le foyer sanguin jusque dans sa partie la plus déclive, et se conduire, en un mot, comme nous l'avons exposé ci-dessus. En même temps il sera bon de faire prendre au malade des toniques, parmi lesquels le quinquina tiendra le premier rang. Si les phénomènes généraux devenaient encore plus sérieux, on n'hésitera pas à associer les opiacés aux toniques.

On comprend que nos prédécesseurs aient reculé devant l'ouverture des collections sanguines du scrotum. Ils n'étaient pas armés comme nous le sommes aujourd'hui contre les accidents septiques. Aussi n'est-il pas étonnant qu'ils aient subi des échecs nombreux: Osiander (1) fit une ouverture d'hématocèle après laquelle mourut le malade.

J.-L. Petit (2) veut que dans les cas d'hématocèles pariétales considérables du scrotum, on n'hésite pas à faire de larges incisions aux deux côtés du scrotum, de manière à éviter l'infiltration au loin et surtout l'inflammation du sang dans le péritestès (tunica vaginalis communis) avec gangrène consécutive :

« Quand on perd du temps avant de faire les scarifications scrotales, il s'en faut bien que les choses réussissent heureusement. J'ai vu, en pareil cas, l'inflammation et la gangrène survenir en vingt-quatre heures pour n'avoir pas saigné suffisamment et n'avoir pas ouvert les deux côtés du scrotum pour vider le sang épanché ou infiltré dans les membranes cellulaires. Ce sang à qui on ne procure point d'issue se glisse de proche en proche, dans le tissu cellulaire, et il forme des ecchymoses, non-seulement dans toutes les extrémités inférieures, mais, ainsi que je l'ai vu quelquefois, à l'extérieur du ventre, des lombes et de la poitrine : ce qu'il y a d'épanché dans le péristestès s'altère. J'ai vu de ces épanchements qui avaient été négligés, auxquels j'ai fait incision le huitième jour où j'ai trouvé ce que j'ai dit. »

Heister (3) préfère une large incision à la ponction ; si l'hémorrhagie est rebelle ou si le testicule et les vaisseaux spermatiques suppurent, il conseille la castration.

Bégin (4) veut que si l'absorption ne se fait pas et si la fluctuation décèle un foyer circonscrit, on donne issue au contenu au moyen d'une incision et

---

(1) Osiander (1750-1822), cité par Chélius.

(2) J.-L. Petit. — *Œuvres chirurgicales* 1837, p. 739.

(3) Heister. — In : *Institutions de chirurgie* 1770, t. II, p. 227.

(4) Bégin. — *Nouveaux éléments de chir. et de méd. opératoire*, Paris 1838, t. I, p. 506.

que l'on continue après l'opération le traitement employé jusque-là, c'est-à-dire les applications résolutives.

Velpeau (1) s'oppose énergiquement à l'incision dans le cas d'hématocèle par infiltration. « Cette affection n'est point dangereuse, et cela est utile à savoir, pour ne pas lui appliquer un *traitement dangereux*, comme plusieurs chirurgiens ont cru devoir le faire. C'est une maladie légère ; abandonnée à elle-même, elle se dissipe en quinze ou vingt jours. Le seul traitement à lui opposer est le traitement résolutif et surtout du temps ; mais il ne faut pas y porter le bistouri ; on aurait dès lors, à la place d'une maladie légère, des incisions qui donneraient lieu à une inflammation purulente de mauvaise nature. »

Un peu plus tard M. Verneuil ne dit-il pas : « L'expérience a surabondamment démontré les dangers inhérents à toute espèce d'intervention, et nous avons vu personnellement des accidents si graves succéder à l'ouverture de bosses sanguines, même de petit volume, que nous sommes habitués à regarder ces collections sanguines comme de véritables *noli me tangere.* » — Plus loin, le même auteur, en parlant des faits communiqués par Voillemier à la Société de chirurgie dans la séance du 6 août 1856, s'exprime ainsi : « Les nombreux faits publiés dans ce travail plaident en faveur de l'innocuité des moyens mis en pratique (la ponction), mais ils ne prouvent pas que son emploi ait toujours été nécessaire et que la guérison ait été plus rapidement obtenue que si on avait mis en usage des procédés plus doux. »

C'est encore cette crainte de complications graves qui faisait recommander par Solly (2) de ne pas toucher aux collections sanguines, surtout au scrotum ; il préférait employer les frictions mercurielles pour résoudre ces sortes de tumeurs. Tout récemment encore, M. Kocher ne fait même pas allusion à l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hématome pariétal du scrotum.

Nous ne devons donc pas nous étonner si l'on a cherché les moyens les plus divers, soit pour hâter la résolution, soit pour évacuer le sang sans employer le bistouri. Pour remplir la première indication, M. Kocher conseille un massage progressif de la tumeur, léger dans le début, énergique dans la suite. C'est encore dans ce but qu'on a essayé les courants électriques induits.

Pour l'évacuation du sang, les aspirations capillaires au moyen de l'appa-

---

(1) Velpeau. — De l'hématocèle, de ses principales variétés, de son traitement. — Opérations nouvelles. — (Clinique de la charité). — In : *Gazette des Hôpitaux* 1840, p. 113.

(2) Solly. — In : *The medical Times and Gazette*, Londres, 1853, I, p. 370.

reil Dieulafoy ne sont guère applicables, à cause des caillots qui viennent obturer la canule. Il vaut mieux se rattacher à la méthode des ponctions capillaires simples, préconisées par Voillemier et Constant (1). Mais il est nécessaire de prendre un certain nombre de précautions pour éviter l'entrée de l'air dans le foyer sanguin. Voici comment nous conseillons d'agir :

On applique les mains sur la tumeur, on y fait appliquer celles des aides, de façon à refouler en un point tout le liquide. Ce résultat obtenu, on doit rester en place tout le temps que durera la petite opération, en même temps qu'on augmentera la pression, à mesure que le liquide s'écoulera.

Lorsque le liquide est ainsi refoulé, on prend le poinçon d'un petit trocart et on l'enfonce perpendiculairement à la peau dans le point le plus saillant de la tumeur. Il importe de ne pas l'enfoncer muni de sa canule, parce que cette dernière formerait un orifice béant qui pourrait en un moment donné favoriser l'accès de l'air.

Quand on s'est bien assuré que l'extrémité du poinçon a pénétré dans la poche hématique, on le retire dans une direction exactement perpendiculaire, pendant que les mains des aides refoulent par la pression le liquide de l'épanchement par cet orifice, de façon qu'au moment où on l'enlève il s'échappe aussitôt, empêchant ainsi le passage à l'air.

La compression doit être continuée, égale et régulière, pendant tout le temps de l'opération, de façon que, par la pression qui chasse le liquide au dehors et la distension de la partie de la poche qui le renferme, il soit impossible que l'air puisse pénétrer. Au moment où l'écoulement s'arrête, on oblitère l'orifice par une légère couche de collodion, et on maintient les bourses soulevées et légèrement comprimées.

L'épanchement ne se reproduira pas, à moins qu'un vaisseau important soit lésé et continue à donner, et l'on obtiendra la résorption totale du sang infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, en continuant l'application de cataplasmes émollients.

Velpeau (2) appliquait aux hématocèles enkystées dans les tuniques du testicule le même traitement qu'aux hématocèles vaginales : « Les tuniques, au milieu desquelles s'établit un épanchement sanguin, s'épaississent, forment un kyste autour du sang qui peut alors présenter les mêmes phénomènes que dans la tunique vaginale. »

Si le sang est fluide ou semi-fluide, mais pouvant s'échapper par la canule, on opérera comme pour une hydrocèle : *ponction et injection iodée.*

Mais si au sang viennent s'ajouter des matières concrètes, on fait au

(1) Constant (Ernest). — Étude sur les épanchements traumatiques de sang dans le tissu cellulaire et leur traitement, *Thèse de doctorat*, Paris, 1879, p. 51.

(2) Velpeau. — *Gazette des Hôpitaux*, 1840, p. 114.

scrotum, sur le point déclive du kyste, une *incision* suffisante pour que ces matières sortent d'elles-mêmes, ou bien soient chassées par le doigt qu'on introduit dans le sac, de manière à bien le nettoyer. Si la première incision ne correspond pas au point déclive, ou s'il y a plusieurs culs-de-sac, on en fait de nouvelles, deux, trois, quatre, selon le besoin, de manière à empêcher toute stagnation de liquide. Tous les malades opérés de cette manière par Velpeau ont été guéris au bout de trois à quatre semaines.

Pour nous résumer nous dirons donc :

1° *Dans l'hématome récent du scrotum*, essayer d'obtenir la résorption du sang par tous les moyens résolutifs ou répercussifs dont nous disposons et par le massage, mais en surveillant les bourses très-attentivement.

Si les douleurs sont trop fortes et si la tumeur est énorme, sans tendance à la diminution, ne pas hésiter à faire la ponction capillaire suivie de la compression, avec toutes les précautions dont nous avons parlé.

Enfin, s'il y a menace de sphacèle de la peau ou d'inflammation de la tumeur, ne pas hésiter à débrider largement par une ou plusieurs incisions, descendant assez bas vers la pointe du scrotum ; instituer en même temps un traitement général tonique.

2° *Dans l'hématome ancien du scrotum*, quand le sang s'est enkysté, nous conseillons de suivre la pratique suivante :

Si le sang est fluide et les parois flexibles, on pratiquera la ponction capillaire suivie de l'injection iodée avec compression.

Si le sang est coagulé et les parois flexibles, on fera une incision suffisante pour que le sang puisse sortir de lui-même, ou pour que le doigt introduit puisse en chasser les derniers caillots.

Enfin si le sang est coagulé et les parois très-épaisses, le meilleur traitement consiste dans l'extirpation antiseptique.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

QUINTAUT (Toussaint). — De contusionibus. *Thèse de doctorat*. Paris, 1772.

CRUVEILHIER. — Anatomie patholog. Paris, 1856. — De la contusion. *Thèse de doctorat*. Paris, 1816.

VELPEAU. — De la rupture ou de l'écrasement sous-cutané des tumeurs en général, des tumeurs sanguines en particulier. — In : *Annales de la*

chir. franç. et étrang. Paris, t. VIII. — Du traitement des ecchymoses par les cataplasmes. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1851, p. 110.

Jalabert. — Des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire. *Thèse de doctorat.* Paris, 1860.

Voillemier. — Des ponctions capillaires dans certaines collections de sang et de pus. — In : *Bull. de la Soc. de chir.* Paris, t. VII, — et in : *Clinique chirurg.* Paris, 1862,

Rizet (Félix). — Du massage dans les ecchymoses et les contusions, — In : *Gazette médicale de Paris*, 1864, p. 758.

Besaucèle. — Etude sur les épanchements sanguins anciens dans le tissu cellulaire. *Thèse de doctorat.* Paris, 1874.

Constant. — Etude sur les épanchements traumatiques de sang dans le tissu cellulaire et leur traitement. *Thèse de doctorat.* Paris, 1879.

Cordua (H.). — Mécanisme de la résorption des épanchements sanguin , in-8°, Berlin.

Dutard. — De l'épanchement sanguin et de son traitement par la compression. *Thèse de doctorat.* Paris.

Genty. — Etude sur le traitement des hématomes récents. *Thèse de doctorat.* Paris, 1882.

Curtis. — Etude sur les épanchements sanguins enkystés du tissu cellulaire et des muscles. *Thèse de doctorat.* Lille, 1883.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE GÉNÉRAL

Celse. — Œuvres, liv. VII, chap. XIX.

Galien. — Definitiones medicæ, nos 423 et 429. — Introductio, seu medicus, chap. XIX.

Aétius. — Œuvres, liv. IV, 2e partie, chap. XXII.

Paul d'Egine. — De re medicâ, chap. chap. LXII, LXIII.

Albucasis. — De chirurgicâ. Oxonii, 1778, sect. LXII.

Brunus. — Magna chirurgia, II, chap. XI. Venise, 1498.

Paré (Ambroise). — Œuvres complètes, en 3 vol. (Malgaigne). Paris, 1840.

Estanoue (Pierre). — Observations et histoires chirurgiques tirées des œuvres latines des plus renommés practiciens de ce temps par un docteur-médecin, et comprises en douze centuries. Genève, 1679.

Fabrice d'Aquapendente. — Opera chirurgica. Leyde, 1723, livre I, chap. XXIX.

Le Dran. — Traité pratique des opérations de chirurgie. Paris, 1742.

Good Benjamin. — Cases and practical remarks in Surgery. Norwich, 1767.

Heister. — Institutions de chirurgie, 1770.

Richard de Hautesierck. — Recueil d'observations de médecins des Hôpitaux militaires. Paris, 1772.

Petit (J.-L.). — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent (rédigé en 1750). Paris, 1774, petit in-8°, t. II : Des opérations qui se pratiquent aux bourses et aux testicules. Nouvelle édition. Paris, 1837.

Ravaton et Sue. — Pratique moderne de la chirurgie. Paris, 1776.

Monro (A.). — Of Hydrocele, Hæmatocele, Pneumatocele, etc...). — In : *Edinburgh medical Essays*, t. V, p. 299.

Pott (P.). — Practical remarks on the hydrocele, or Watery rupture, and other diseases of the testicles. Londres, 1762, in-8°.

Hunter John. — Œuvres complètes, trad. Richelot. Paris, 1843.

Baillie. - Œuvres complètes, *édition de Wardrop*. — Traité d'Anat. pathalogique, *traduction Ferral*. Paris, an XI-1803.

Saviard. — Recueil d'observations chirurgicales. Paris, 1784.

Imbert-Delonnes (A.-B.). — Traité de l'hydrocèle, cure radicale de cette maladie et traitement de plusieurs autres qui attaquent les parties de la génération de l'homme. Paris, 1785, in-8°.

Richter. — Elementi di chirurgia. Pavie, 1806, p. 34.

Lassus. — Pathol. chirur. Paris, 1809, t. I, p. 320.

Pelletan. — Clinique chirurgicale. Paris, 1810.

Defert. — Maladies des testicules. *Thèse de doctorat*. Paris, 1812, n° 63.

Jourdan. — Art. : Hématocèle. — In : *Diction. de sc. méd.* Paris, 1817.

Cloquet (J.). — Art. : Hématocèle. — In : *Diction. des méd.* Paris, 1824, t. X.

Osiander. — In : Arneman Magasin für. Vundarzn, t. I, p. 335.

Andral. — Maladies des organes génitaux de l'homme. — In : *Précis d'Anat. pathl*, t. III, p. 266. Paris, 1829.

Flajani. — Collezione d'osservasioni, etc...., t. II.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Paris, 1831.

Blandin. — *Dict. de méd. et de chir. prat.* en 15 vol., t. X, p. 122. Paris, 1833. Art. : Hématocèle.

Dupuytren. — Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre. Paris, 1834, t. II, p. 503. — Leçons orales de clinique chirurg. Paris, 1839.

Richerand. — *Diction. des sciences médicales*, t. XX, p. 126.

Chélius, d'Heidelberg. — Traité de chirurgie. Trad. Pigné. Paris, 1836.

Cooper (Astley). — Œuvres chirurg. complètes, trad. Chassaignac et Richelot. Paris, 1837.

Bégin. — Mémoires de chirurgie militaire. — Nouveaux éléments de chir. et de méd. opératoire. Paris, 1838.

Moulinié, de Bordeaux. — Maladies des organes génitaux et urinaires, exposées d'après la clinique chirurg. de l'hôpital de Bordeaux, 2 vol. in-8°, 1839, Bordeaux.

Bérard et Denonvilliers. — Compendium de chir. Paris, 1840.

Cooper (Samuel). — Traité élém, de path. chirurg — In : *Encycl. des sciences méd.* Paris, 1841.

Velpeau. — Leçons orales de clinique chirurg., 2 vol. in-12. Paris, 1841. — Clinique de la Charité. — In : *Gaz. des Hôp.*, 1847, p. 567.

Journal général de médecine, XVII, p. 404.

Roux. — *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XXIX, p. 492. 2e édit., 1844. — Art. : Sarcocèle.

Biblioth. des méd. français. Paris, 1845, t. 4. — Art. : Hématocèle.

Forster (August). — Lehrbuch der pathologischen Anatomie : — Pathol. Anat. des Geschlechts organe. Iéna, 1830, p. 458.

Diction. des praticiens, art. n° 2855 : Hématocèle pariétale du scrotum.

Béraud. — Considérations sur l'hématocèle ou épanchements sanguins du scrotum, in : *Arh. gén. de méd.*, Paris, 1851. — Clinique chirurgicale de la Charité. Paris, 1873.

JAMAIN. — Hématocèle du scrotum. *Thèse d'agrégation.* Paris, 1853. — Pathologie chirurg. Paris, 1882.

MARJOLIN et OLLIVIER. — *Diction. de méd.* en 30 vol., 2ᵉ édition, Paris, 1854, t. VIII.

NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurg. Paris, 1837, t. V.

CURLING (T.-B.). — On the diseases of the testis, 1ʳᵉ édition. Londres, 1843 ; 2ᵉ édition (traduct. franç. par Gosselin. Paris, 1857.

BOUISSON. — Recherches cliniques sur les variétés et le traitement de l'hématocèle. — In : *Montpellier médical*, 1858, I, p. 230, 438, — et in : *Tribut à la chirurgie.* Montpellier, 1861, t. II.

BARDELEBEN. — Chirurgie, 4 vol. Berlin, 1859.

PITHA. — Krankheiten der mannlichen Geschlechtsorgane. — In : Handbuch der spec. Path. und Therapie, von Virchow. Erlangen, 1860.

VIDAL, de Cassis. — Pathologie externe, édit. 1861, t. V.

HUMPHRY. — Diseases of the male organs of generation. — In : Holmes's System of Surgery. London, 1866, 2ᵉ édit., 1872.

BRODIE. — On diseases of the testicle. — In : *London medical and physical journal*, t. LVIII.

BRYANT (Th.). — Clinical Surgery on Diseases of the testicle. Londres, 1866

FANO. — Traité de chirurgie. Paris, 1869, t. II, p. 972.

THOMPSON. — Traité des maladies des voies urinaires. Londres, 1869 ; — trad. franç. Paris, 1874.

ROSER (Willam). — Manuel de chirurgie anatomique, trad. par Culmann et Sengel, de Forbach. Paris, 1872.

OSBORN. — Diseases of the testis. Londres, 1879.

RICHELOT (L.-G.). — *Diction. encyclop. des sc. méd.* (Dechambre). Paris, 1880, 3ᵉ série, t. VIII, p. 360. — Art. : Scrotum.

NEPVEU. — Mémoires de chirurgie. Paris, 1880.

Index Catalogue of the Library of the Surgeon-generals' Office United States Army. Washington, 1880, vol. V. — Art. : Genitals et Hæmatocele.

ENGLISCH. — Art. : Hoden, in : *Reat Encyclopedie der Gesammten Heilkunde*, 1881.

GUYON. — Leçons cliniques sur les voies urinaires. Paris, 1881.

MONOD et TERRILLON. — Maladies du testicule et de ses annexes. Paris, 1889. (Important à consulter pour les indications bibliogr.)

JULLIEN (L.). — Art. : Contusion du scrotum. — In : *Nouveau Diction. de méd. et de chir. pratiques* (Jaccoud), t. XXXII, 1882. Paris ; — indic. bibliogr.

Kuster (E.). — Ueber Hydrokele und Hæmatokele, *Med. Chir. Centralblatt.* Wien, 1882, XVII, p. 483.

Lannelongue. — Art. : Hématocèle. — In : *Nouveau Diction. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1882.

Berne. — Pathologie chirurg. générale. Paris, 1883. — Art. : Contusion.

Verneuil et Marchand. — *Diction. encyclop. des sc. méd.* (Dechambre), t. XX, 1re série, p. 104. — Art. : Contusion.

Mollière. — *Diction. encycl. des sc. méd.*, 3e série, XI, p. 97. Paris, 1883. Art. : Hématocèle du cordon..

Poulet et Bousquet. — Pathologie externe, en 3 vol. Paris, 1885, t. III, p. 377.

Billroth et Van Winiwarter. — Pathologie et thérapeutique chirurgicales générales, *traduct. Delbastaille.* Paris, 1887, p. 179.

Kocher (Théodor), de Berne. — Krankheiten der Hodens und seiner Hüllen, des Nebenhodens, Samenstranges, und der Sameublasen, in: *Handbuch der Allgemeinen und speciellen chirurgie*, Stuttgart, 1871-1875, Band III, Abtheil. II, 7e Lief, p. I. — Die Kranheiten der mannlichen Geschlechts organe, in : *Deutsche Chirurgie* (Billrot et Lücke), Stuttgart, 1887.

Follin et Duplay. — Traité élém. de path. externe, t. VII, 1888.

Villaret. — Handworterbuch der gesammten Medizin. Stuttgart, 1888, — Art. : Hæmatocele.

Reclus. — *Diction. encyclop. des sc. méd.* (Dechambre). Paris, 1888. — Art. : Hématocèle vaginale ; — indic. bibliogr.

Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. — Manuel de pathologie externe, 1889. — T. IV : Bouilly (G.), Maladies des organes génitaux urinaires.

Guterbock (P.). — Die Chirurgischen Krankheiten der Harn und mannlichen Geschlechtsorgane. Vienne, 1890.

HÉMATOME DES GRANDES LÈVRES

HÉMATOCÈLE GRANDO-LABIALE

THROMBUS DE LA VULVE, DES AUTEURS

CHAPITRE I

Anatomie des grandes lèvres.

Les grandes lèvres de la femme ont beaucoup d'analogie avec le scrotum de l'homme ; l'étude de l'embryologie établit cette analogie d'une façon évidente, et une dissection attentive conduit au même résultat. Aussi avons-nous cru intéressant de rechercher s'il n'y existait pas une cavité virtuelle analogue à celle des bourses.

Mais avant de rendre compte du résultat de nos recherches, il est nécessaire de parler de ce sac fibreux qui se trouve sous la peau des grandes lèvres, comme l'appareil suspenseur des bourses se trouve sous celle du scrotum. C'est encore M. Sappey (1) qui a le mieux décrit ce sac membraneux, sous le nom d'*Appareil élastique du pénil et des grandes lèvres*.

« Cet appareil diffère à peine de l'appareil de suspension des bourses. De même que ce dernier, en effet, il se compose d'une partie antérieure, de deux lames latérales, et d'une partie postérieure. — La partie antérieure, qui est aussi la plus considérable et la plus importante, comprend un ensemble de lames et lamelles descendant obliquement, de l'hypogastre et du bord supérieur du pubis, vers le pénil et les grandes lèvres, les lames et lamelles, extrêmement multipliées et séparées les unes des autres par des couches cellulo-adipeuses, se terminent différemment. Les plus élevées s'attachent ou plutôt se perdent dans la peau du pénil qu'elles immobilisent dans sa situation. Les autres se partagent en trois groupes, l'un médian et deux latéraux. Le médian se comporte comme le ligament suspenseur de la verge : il forme le ligament suspenseur du clitoris et se pro-

(1) Sappey. — Anatomie descriptive. Paris, 1874, IV, p. 757

longe ensuite à droite et à gauche sur le bulbe du vagin et le muscle constricteur de la vulve, jusqu'au périnée où il se confond avec la lame élastique mince qui en provient. Les lamelles latérales descendent au-devant de l'orifice inguinal externe, s'unissant en dedans avec les lamelles médianes, en dehors avec les lamelles latérales. — Celles-ci naissent des branches ischio-pubiennes, minces et résistantes, de teinte jaunâtre ; elles se confondent, en haut et en avant, avec les lamelles antérieures, et en bas avec la lamelle élastique, très-mal délimitée, qui vient du périnée.

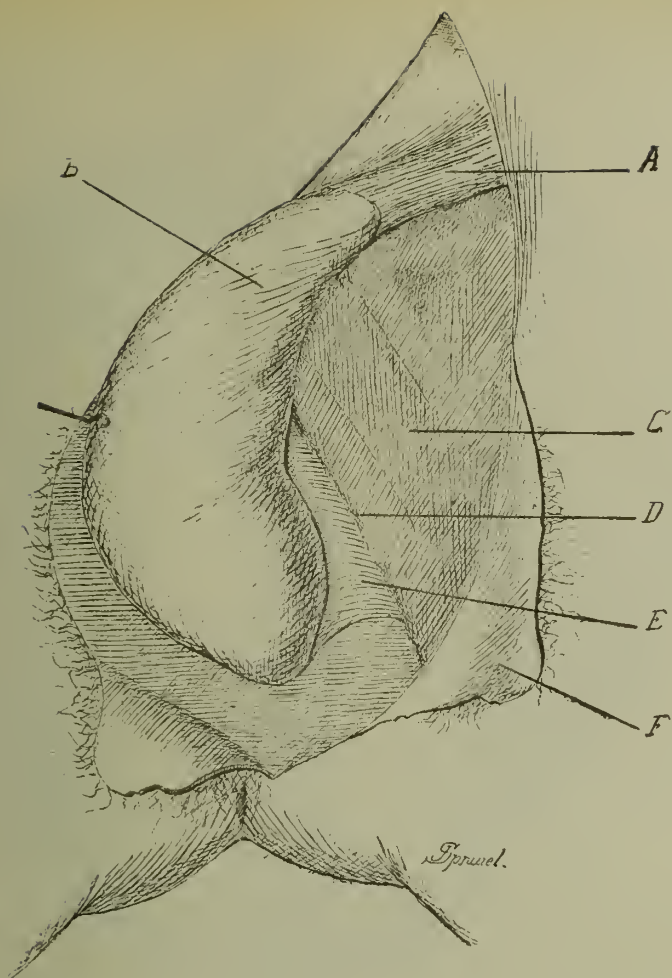
« Par leur union et leur continuité, les lamelles élastiques médianes, antérieures et externes, forment, dans l'épaisseur de chacune des grandes lèvres, un sac membraneux piriforme, dont la grosse extrémité regarde en bas et en arrière, tandis que la petite se dirige en haut, en avant et un peu au dehors vers l'orifice externe du canal inguinal. »

La partie antérieure de ce sac a été aperçue par quelques anatomistes, qui l'ont décrite sous le nom d'*aponévrose périnéale superficielle*. D'autres, Huschke par exemple, l'ont comparée au dartos. Broca (1), qui a vu le sac entier et en a donné une bonne description, sous le nom de *sac dartoïque*, s'est surtout attaché à démontrer son analogie avec le dartos de l'homme. Mais cette analogie ne saurait être admise. Le dartos est un muscle ; l'observation sur ce point ne laisse aucun doute. Le sac logé dans la grande lèvre est exclusivement composé de fibres élastiques s'entrecroisant et formant un riche réseau; sur ce point encore, l'examen microscopique repousse toute contestation. Or il n'y a aucune analogie à établir entre un muscle et un sac membraneux élastique. Ce sac a pour analogue chez l'homme l'appareil élastique auquel se trouvent suspendus les bourses et le pénis. Les usages de cet appareil sont identiques de part et d'autre. Dans le sexe masculin, il marque la limite précise des bourses, conserve à celles-ci leur forme normale, et oppose au poids des glandes séminales, qui tend à les allonger, une force permanente qui résiste à cet allongement. Dans le sexe féminin, il sépare les grandes lèvres de la partie interne des cuisses, assure aussi la permanence de leur forme et s'oppose également à l'allongement qu'elles pourraient subir, si une force sans cesse active ne les ramenait à leurs dimensions naturelles.

Cette description de l'appareil élastique du pénis et des grandes lèvres était nécessaire, car c'est dans l'intérieur de ce sac que nous allons voir se former les tumeurs des grandes lèvres.

---

(1) Broca. — In : *Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, mars 1851, XXVI, p. 92. — Et in : *Anatomie descriptive de Cruveilhier* (revue par Cruveilhier fils et Sée). Paris, 1874, t. II, p. 513.



Tumeur formée par l'injection dans la grande lèvre gauche d'une femme de 25 ans, de 80 grammes de gélatine colorée au bleu de Prusse. La tumeur est réclinée en-dedans, ce qui permet de voir la membrane d'insertion (E) et la forme concave que prend la tumeur pour se mouler sur les branches ischio-pubiennes (D).

A. — Faisceau fibreux allant de la pointe de la tumeur à l'anneau inguinal et à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

B. — Pointe de la tumeur, reposant sur le corps du pubis.

C. — Aponévrose de la cuisse (le sac dartoïque a été enlevé).

D. — Crête ischio-pubienne sur laquelle s'insère le pédicule (E) de la tumeur.

F. — Peau des grandes lèvres réclinée en-dehors.

Cavité virtuelle (Spaltraum) des grandes lèvres.

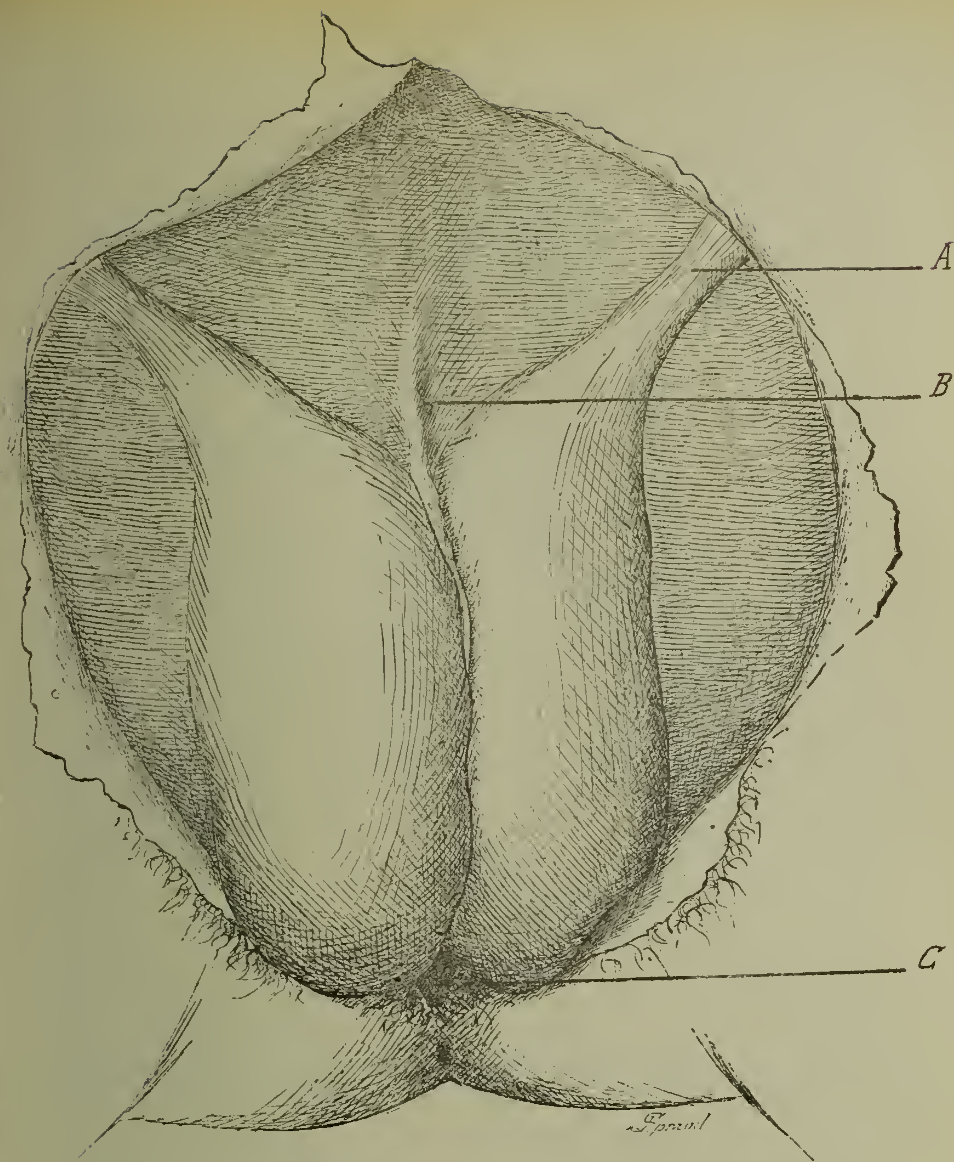
Si à la partie antérieure de la grande lèvre nous introduisons une canule en ayant bien soin de ne pas perforer l'aponévrose de la cuisse et si nous injectons des matières liquides ou solidifiables, nous obtiendrons des tumeurs de volume variable, mais toujours semblables entre elles. Nos recherches ont porté sur huit adultes de 20 à 70 ans; celles de Disse (1), sur trois adultes et quatre enfants d'un mois à trois ans.

Cette tumeur, elliptique, qui occupe, quand elle est peu considérable, la région moyenne des grandes lèvres, ne dépasse jamais la fourchette vulvaire par en bas ni la symphyse pubienne par en haut; quand elle a un plus grand volume, son grand axe suit le grand axe des lèvres. Comme au scrotum la tumeur ne se développe qu'aux dépens de sa partie antérieure. Elle a une forme générale absolument comparable à celle d'une virgule renversée dont la tête serait au niveau de la fourchette et contre l'insertion des adducteurs; la queue contre la symphyse pubienne; la convexité, régulière et lisse, regardant en avant; tandis que la concavité se moule sur les branches ischio-pubiennes et en porte l'empreinte (voir planches)

A un examen superficiel, le seul que nous paraît avoir fait le professeur de Berlin, on remarque que cette cavité ainsi distendue se comporte, dans ses rapports avec les parois cutanées, comme la cavité scrotale se comporte avec les moitiés correspondantes du scrotum: la paroi antérieure est intimement liée à la peau, mais non les parties latérales; les pôles sont libres. L'un des pôles de la tumeur regarde en haut et en avant, l'autre en bas et en arrière. Derrière le pôle antérieur se trouve un tissu cellulaire graisseux. Dans ce pôle antérieur tombe un faisceau de tissu cellulaire, qui vient de la région de l'anneau inguinal externe et qui accompagne le ligament rond dans la grande lèvre. — Là où se trouve le testicule chez l'homme, se trouve chez la femme une masse graisseuse, brunâtre.

A un examen plus minutieux, on découvre que la paroi de la tumeur, si fortement adhérente à la partie antérieure de la peau des grandes lèvres, n'est pas l'enveloppe propre de la tumeur et n'est autre chose que le sac dartoïque, de Broca, et l'appareil élastique, de Sappey. En disséquant avec soin cette poche fibreuse, on tombe sur une membrane celluleuse très fine, qui entoure la tumeur et qui vient s'insérer sur la crête ischio-pubienne, en dedans des insertions de l'appareil élastique et en dehors des insertions de l'ischio-bulbeux, absolument comme ce qui se passe dans le scrotum. Nous voyons ici la même disposition en éventail

(1) Disse, — *loc. cit.*



Tumeurs des grandes lèvres chez une femme de 35 ans, produite par une injection forcée de cire (environ 200 grammes). Le liquide a filé le long du ligament de Poupart.

A. — Faisceau fibreux se jetant dans la tumeur et dans lequel a filé la matière injectée

B. — Faisceaux fibreux du fascia superficialis condensés pour former l'appareil de cloisonnement des deux grandes lèvres et le ligament suspenseur du clitoris.

C. — Fourchette de la vulve.

des fibres de la membrane d'enveloppe, de sorte que l'on pourrait employer la même comparaison que celle que nous avons faite pour la tumeur analogue des bourses : c'est une bourse élastique, appendue aux branches ischio-pubiennes et se développant en conservant un point fixe d'insertion. On pourrait encore la comparer à une poire dont les deux pôles se développent librement vers le haut et le bas, mais dont le corps est appliqué aux os ischio-pubiens par une insertion linéaire fixe, ce qui force la partie postérieure à se creuser d'une cavité pour se mouler sur eux. Le pôle antérieure de la poire est cependant retenu contre la symphyse pubienne par une membrane séreuse, qui, s'insérant sur le corps du pubis et la symphyse pubienne, va s'attacher finalement à l'épine du pubis, au-dessous des insertions des parois fibreuses de l'appareil élastique et le pôle postérieur se continue insensiblement avec l'appareil élastique des grandes lèvres et l'aponévrose superficielle du périnée.

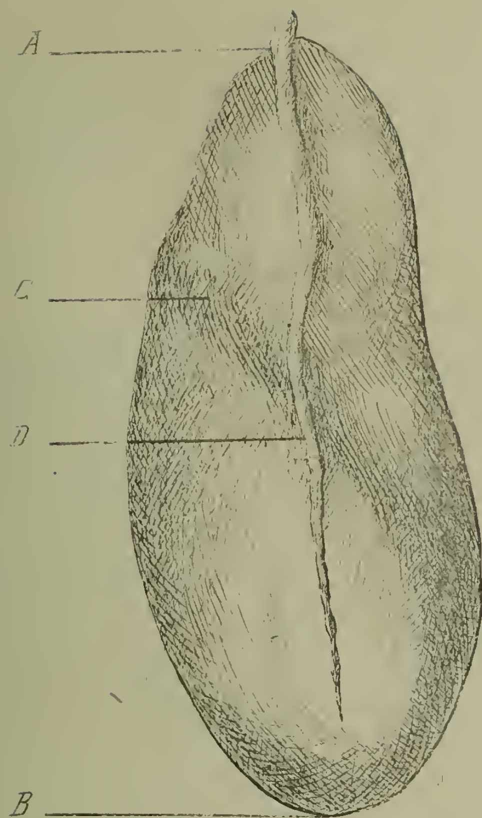
Chez les enfants d'un certain âge, cette cavité est plus grande, mais moins régulière de forme. Sur une coupe transversale ou longitudinale, on voit qu'elle est cloisonnée et que la graisse est accumulée dans ses mailles ; ces amas de graisse répandus sur les cloisons donnent un aspect ondulé aux délimitations des divers compartiments. Les branches qui forment ceux-ci s'entrecroisent et s'anastomosent en tous sens.

Chez les adultes, ce cloisonnement de la tumeur est tout aussi évident, ainsi que les dépôts graisseux. Mais les cloisons auraient, d'après M. Disse, une disposition sagittale avec plateau inférieur, ce qui donnerait aux différents compartiments, sur une coupe transversale, une forme triangulaire à sommet dirigé vers l'abdomen.

Nous avons voulu nous assurer du chemin que prendrait de préférence dans les grandes lèvres le liquide injecté avec force et en grande quantité. Une de nos figures montre nettement que la matière injectée a toujours profité du *locus minoris resistentiæ* du sac fibreux, c'est-à-dire son ouverture inguinale, pour crever la membrane propre de la tumeur et filer sous le fascia superficialis le long et au-dessus du ligament de Poupart, se dirigeant vers l'épine iliaque antérieure.

En faisant pénétrer le trocart trop loin dans la grande lèvre, nous avons une fois percé l'aponévrose superficielle de la cuisse ; une fois la cavité virtuelle de la grande lèvre remplie, la masse a continué à filer entre la peau des grandes lèvres et le sac fibreux, pour continuer ensuite son chemin sous l'aponévrose fémorale, à travers l'éraillure que nous avons produite et descendre le long de la partie interne de la cuisse.

D'après les expériences de Disse et d'après nos propres recherches, nous avons donc le droit de conclure qu'il existe dans les grandes lèvres chez la femme une cavité virtuelle, analogue à celle du scrotum chez



Tumeur formée par l'injection dans la grande lèvre droite d'une jeune femme de 28 ans, de 70 grammes de cire. — Grandeur naturelle. — Vue par derrière.

A. — Pointe de la tumeur.

B. — Base de la tumeur.

C. — Concavité descendant du côté interne de la tumeur (tiers supérieur) au côté externe (tiers inférieur) et qui provient de l'impression produite par les branches ischio-pubiennes sur la masse injectée.

D. — Pédicule d'insertion de la membrane d'enveloppe.

l'homme, aplatie à l'état normal, et que c'est probablement dans cette poche que se forment les épanchements sanguins dans les traumatismes de la vulve. D'un autre côté, l'œdème localisé des grandes lèvres, comme il s'en produit dans les inflammations locales dues à la grossesse et surtout au catarrhe aigu de la vulve, revêt les mêmes formes que l'injection artificielle. Ce fait justifie l'hypothèse que l'épanchement séreux se forme surtout dans la cavité virtuelle, cette espèce de bourse synoviale multiloculaire des grandes lèvres, et qu'il provient d'une congestion inflammatoire de ses parois.

CHAPITRE II

De l'Hématome et de quelques tumeurs des grandes lèvres.

Notre intention n'est pas d'entreprendre une étude comparative complète des tumeurs des grandes lèvres avec celles du scrotum, ce qui nous entraînerait trop loin. Mais nous voulons simplement démontrer la grande analogie qui existe entre l'hématocèle pariétale du scrotum et l'hématocèle des grandes lèvres ou thrombus de la vulve. En citant quelques observations prises au hasard, nous montrerons, mieux que par des discours, que chez la femme comme chez l'homme, l'épanchement sanguin se forme dans cette cavité virtuelle que nous avons décrite dans les deux sexes, qu'il y subit les mêmes transformations successives, donne les mêmes difficultés de diagnostic, amène au même pronostic et exige le même traitement.

L'hématocèle *grando-labiale*, la seule dont nous ayons à nous occuper ici, est bien limitée à la grande lèvre. Généralement unilatérale, elle peut former une tumeur de volume variable, depuis celui d'un œuf jusqu'à celui d'une tête d'adulte. Les téguments, surtout la muqueuse, sont alors très-amincis : les petites lèvres sont effacées et disparaissent complètement par suite de la distension qu'elles subissent ; la peau est ecchymosée et sa couleur est bleuâtre, brune ou violacée. Quelquefois peu d'heures suffisent pour que ces tumeurs acquièrent un grand volume. Un sentiment de tension et une douleur plus ou moins vive les accompagnent ; les mouvements des cuisses sont gênés à proportion de leur grosseur et de leur sensibilité ; quelquefois elles sont frappées de gangrène.

D'origine traumatique dans la plupart des cas, le thrombus de la vulve peut néanmoins se produire spontanément. L'état variqueux des grandes lèvres pendant la grossesse et les contusions dues aux manœuvres ou au passage du fœtus pendant l'accouchement sont des causes favorables à leur production.

Le diagnostic se posera presque sans difficulté. On ne se trouvera guère embarrassé que dans le cas de thrombus anciens devenus fibreux, ou quand on se trouvera en présence d'une hernie inguinale concomitante ou de kystes des grandes lèvres.

Le pronostic du thrombus des grandes lèvres est bénin, contrairement à ce qui arrive quand le plexus veineux réticulé, siègeant au-dessous des grandes-lèvres (bulbes du vestibule), vient à être lésé ; il se produit alors une hémorrhagie, qui peut rester sous-cutanée ou devenir externe, et qui a quelquefois été suivie de mort, comme l'ont remarqué un certain nombre d'observateurs (1).

Le traitement sera absolument le même que pour l'hématocèle pariétale du scrotum ; il devra varier, suivant que l'épanchement est plus ou moins récent, parer aux complications qui l'accompagnent et tenir le plus grand compte de l'intégrité des parties molles. — On appliquera des compresses imbibées d'une liqueur résolutive lorsque la tumeur est très-petite. On incisera et on videra le sang de la poche, quand elle a un volume médiocre, et à plus forte raison quand elle est très grosse ; sans cela, dans la plupart des cas, la gangrène s'emparerait de la tumeur. Il est bien entendu qu'on épuisera d'abord l'action des résolutifs avant d'employer le bistouri. — Après avoir incisé la grande lèvre à sa face interne, on la comprime doucement pour exprimer tout le sang qui y est accumulé ; ensuite on rapproche les bords de la division et l'on couvre la plaie de topiques résolutifs en même temps qu'on maintiendra une minutieuse antisepsie.

Observation I

Tumeur sanguine spontanée des grandes lèvres.

Par Boyer (2).

J'ai observé une maladie de ce genre chez une jeune femme enceinte alors et sujette à l'épilepsie. Il se forma subitement dans la grande lèvre gauche, à la suite d'une attaque d'épilepsie, une tumeur sanguine, sans que la malade eût éprouvé aucune contusion. On prit d'abord cette tumeur pour une hernie ; mais on reconnut bientôt que ce n'était qu'un épanchement de sang, et j'en fis l'ouverture.

---

(1) Evrard. — *Annales d'hygiène*, Paris, 1850, t. XLIV, p. 425. — Spence. — *Edimburgh Médical Journal*, 1856-1857, t. II. p. 1099. — Romain — *Thése inaugurale*, de Paris, 1872. — Billings. — Art : Clitoris de l'*Index cat.* — Ménière. — *Gazette de gynécologie*, 1888, t. III, p. 65.

(2) Boyer. — *Traité des maladies chirurgicales et des operations qui leur conviennent.* Paris, 1831, t. X, p. 406.

Observation II

Thrombus de la vulve produite par une chute d'un lieu élevé.

Par A. Bérard et Pigeaux (1).

Bérard donne quelques détails sur l'accident arrivé à une jeune fille qui a fait une chute du quatrième étage sur le pavé au moment où elle s'appuyait sur un treillis en bois qui s'est détaché subitement. Voici l'état dans lequel était cette enfant au moment où Bérard et Pigeaux l'ont examinée ; les deux membres pelviens étaient ecchymosés à leur côté interne dans toute leur longueur ; la vulve présentait une déchirure qui s'étendait jusqu'à 3 ou 4 lignes de l'anus. La grande lèvre droite était le siège d'un thrombus, et le pubis offrait une contusion. Il n'existait aucune lésion intérieure, du moins appréciable par des symptômes.

D'après l'examen des parties qui ont été froissées dans cette chute, Bérard pense qu'elle a dû avoir lieu, les cuisses étant écartées l'une de l'autre à un degré assez considérable pour que le pubis touchât le sol en même temps que la surface interne des deux cuisses ; en un mot dans une attitude analogue à celle que les danseurs de corde désignent, à ce qu'il croit, sous le nom de *grand écart.*

Observation III

Tumeur sanguine des grandes lèvres.

Par John Hunter (2).

Une femme fit une chute dans laquelle la grande lèvre de la vulve porta sur le bord d'un sceau. Je trouvai une tumeur considérable que je supposai formée par du sang : il y avait une fluctuation évidente. Je saignai cette femme et je prescrivis un cataplasme ; mais je me gardai bien d'ouvrir la tumeur, parce que je pensais que la présence du sang extravasé servirait à boucher l'orifice du vaiseau ouvert.

Peu de temps après il se fit une petite ouverture sur la tumeur ; en y introduisant une sonde, je reconnus que le caillot sanguin remplissait un espace capable de loger un œuf d'oie. La cavité diminua de plus en plus, mais resta toujours exactement remplie par le caillot, et continua ainsi jusqu'à la cicatrisation de l'ouverture. Ainsi, le sang ayant été laissé dans la cavité qui le renfermait, n'agit point comme un corps étranger ; le stimulus d'imperfection ne se fit point sentir, la surface de la cavité ne s'enflamma point, et les parois de cette dernière se contractèrent peu à peu sur le caillot sanguin jusqu'à ce qu'il eût été éliminé dans sa totalité.

---

(1) Bérard et Pigeaux. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1834, p. 75.
(2) In : *Œuvres complètes*. Traduction Richelot. Paris 1843, t. I, p. 442.

Observation IV

De l'accouchement d'une femme qui avait une des lèvres de la vulve toute variqueuse, qui se tuméfia de la grosseur d'un poing, par une grande abondance de sang extravasé.

Par François MAURICEAU (1).

Le 22 août 1685, j'ai accouché une femme, âgé de 35 ans. de son premier enfant, qui était une grosse fille, qui vint naturellement. La mère eut, durant deux jours, quelques fausses douleurs, qui marquaient plutôt une disposition au travail qu'un véritable travail déclaré, apres quoi il lui vint de bonnes douleurs qui la firent accoucher très-heureusement au bout de trois heures.

Mais comme cette femme avait la lèvre droite de la vulve toute variqueuse, cette partie ayant souffert contusion par l'extrême compression qu'en fit la tête de l'enfant, qui était fort dure et grosse, il s'y était amassé en trois ou quatre heures de temps une si grande abondance de sang extravasé par la rupture de quelques vaisseaux, qu'elle se tuméfia de plus de la grosseur du poing ; ce qui causa une si insupportable douleur à la malade, que je fus obligé d'y faire une ouverture avec la lancette, pour en tirer plus de deux palettes de sang caillé qui, étant retenu, aurait indubitablement causé dans la suite un fâcheux abces en cette partie, si je n'y eusse promptement remédié, comme je fis au grand soulagement de la malade, qui ne sentit plus aucune douleur, aussitôt que je lui eus fait cette opération et se porta bien ensuite.

Observation V

D'une femme qui avait un grand abcès à la lèvre gauche de la vulve, causée par la violence que cette partie avait soufferte dans le temps de l'accouchement.

Par François MAURICEAU (2).

Le 16 décembre 1676, j'ai vu une femme accouchée depuis trois semaines, de son premier enfant, que la sage-femme avait fait périr au passage, la tête de cet enfant y étant restée trop longtemps en le tirant par les pieds ; ce qu'elle fit avec si peu de méthode et tant de violence, qu'il survint à cette femme un fort grand abcès à toute la lèvre gauche de la vulve, dont je fis ouverture, pour en tirer plus d'une palette de matière purulente qui y était contenue ; après quoi elle guérit en peu de jours et se porta bien ensuite.

---

(1) MAURICEAU. — *Observations sur la grossesse*. Paris, 1728, t. II, p, 334.
(2) MAURICEAU. — *Observations sur la grossesse*. Paris 1728, t. II. p. 150.

Observation VI

Observation d'une femme qui avait une tumeur de la grosseur de deux poings à la lèvre gauche de la vulve, depuis 25 ans.

Par François Mauriceau (1).

Le 1er février 1671, j'ai vu avec deux de mes confrères une femme âgée de plus de soixante ans, qui avait depuis vingt-cinq ans une tumeur de la grosseur des deux poings à la lèvre gauche de la vulve, à laquelle il s'était fait depuis peu une fluxion très-considérable, qui avait entièrement disposé cette tumeur à suppurer ; pour raison de quoi nous conclûmes à en faire ouverture, afin de donner une entière issue à la matière qui y était contenu ; ce qui fut fait deux jours ensuite. L'on tira par l'ouverture une grande quantité de *matière anévrysmale*, semblable à la lie de vin rouge, après quoi cette femme fut parfaitement bien guérie en peu de jours de cette indisposition, qu'elle avait gardée durant un si long temps avec une grande incommodité, n'ayant jamais osé s'en faire traiter auparavant, dans le soupçon qu'elle avait que ce fût quelque vraie hernie ; mais elle n'était seulement que similitudinaire.

Ces sortes de tumeurs sont connues en ce qu'elles ont leur matière renfermée dans une espèce de kyste, et qu'elles n'ont aucune continuité jusque dans l'aîne, ni les propres accidents des vraies haignes (hernies). J'ai vu plusieurs autres femmes et même des femmes grosses, avoir de ces sortes de tumeurs de médiocre grosseur, à l'une des lèvres extérieures de la vulve sans aucun autre accident qu'une douleur assez considérable qui en précédait la suppuration.

Observation VII

Thrombus enkysté des grandes lèvres.

Par Ricord (2).

Ricord présente à la Société de médecine la matière brune d'un kyste des grandes lèvres, qu'à son aspect on eût pu prendre pour de la matière fécale provenant d'un intestin formant hernie, si ce n'est l'absence d'odeur et la nature bien déterminée de la tumeur.

Observation VIII

Tumeur fibreuse des grandes lèvres.

Par Michon (3).

Michon présente à la Société anatomique de Paris une tumeur qu'il a enlevée à la grande lèvre droite d'une femme de 32 ans. Cette tumeur avait le volume d'une tête d'enfant, paraissait être éléphantiasique ; mais après que l'on eut fait une incision sur la face externe et une autre sur la face interne, elle fut disséquée avec

---

(1) Mauriceau. — *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies et celles des enfans nouveaux-nez*. Paris, 1728, t. II, p. 19.

(2) Ricord. — *Bulletin de la soc. anat.* Paris, 1833, p 62.

(3) Michon. — *Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1839, p. 69.

facilité, elle se détacha comme par énucléation. Elle était formée par un tissu enkysté, bosselé, blanc, rose par places. Elle ressemblait beaucoup au tissu squirrheux, mais il n'en suintait aucun pus cancéreux. Cruveilhier la regarda comme une tumeur fibreuse lobulée.

Observation IX

Hernie inguino-labiale et kyste de la grande lèvre du même côté.

Par Quatrevaux. (1)

Quatrevaux fait voir à la Société anatomique une hernie inguinale descendant jusqu'à la grande lèvre. Le sac était partagé en deux par un étranglement, de sorte que la partie inférieure formait un kyste.

Observations X et XI

Kyste de la glande de Bartholin.

Ces kystes pourraient être pris pour un épanchement séreux ou purulent dans la cavité dartoïque virtuelle dont nous avons parlé au chapitre de l'anatomie. Mais une dissection attentive de ces kystes, qui sont d'abord situés à la partie inférieure des grandes lèvres, enlèvera les doutes : la glande se retrouve sur les parois du sac ; ensuite, dans le liquide du sac, on retrouve de l'épithélium cylindrique et l'on sait que cet épithélium tapisse les conduits et culs-de-sac de cette glande.

Voici l'indication de deux cas de kystes de ce genre :

Kyste de la glande de Bartholin. Contenu purulent. Cellules cylindriques. — Chassaignac. — In : (Bull. soc. anat. Paris), 1852, p. 471.

Kyste de la glande de Bartholin. Contenu séreux. — Parmentier. — In : (Bull. Société anat. Paris), 1852, p. 474.

Observation XII

Kystes sébacés des lèvres, quelquefois confondus avec des hernies.

Par Boyer (2).

On a vu se former dans le tissu cellulaire des grandes lèvres des tumeurs cystiques de l'espèce des mélicoris et de l'athérôme. — Ces tumeurs ont été prises quelquefois pour des hernies. — On les voit dans quelques cas s'enflammer, suppurer, se rompre et guérir. Mais le plus souvent il est nécessaire de recourir aux moyens chirurgicaux usités dans le traitement de ces sortes de tumeurs.

Ces tumeurs ne deviennent douloureuses qu'à l'époque où l'inflammation s'en empare ; jusqu'à ce moment elles ne gênent guère que par leur volume.

---

(1) Quatrevaux. — *Bulletin de la Soc. anat. de Paris,* 1838, p. 301.
(2) Boyer. — *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent.* Paris 1831, t. X, p. 412.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MAURICEAU (François). — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies et celles des enfans nouveaux-nez. Paris 1728, 2 vol. petit in-4°.

AUDIBERT (L.-P. Henri). — Sur l'épanchement sanguin qui survient aux lèvres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement. *Thèse*. Paris, 23 janvier 1812.

LEGOUAIS. — *Diction. des sc. méd.* Paris, 1821, t.V, p. 118.

DENEUX. — Mémoires sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin Paris, 1830.

HERVEZ DE CHAGOIN. — *Journal univ. hebd de méd.* Paris, 1831, t. VIII, p. 375.

MARTIN jeune, de Lyon. — Mémoires de méd. et de chirurgie. Paris, 1835, p. 344 J.-B. BAILLIÈRE.

RICORD. — Thrombus enkysté des grandes lèvres. — In : *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1833, p. 62.

BÉRARD (A.) et PIGEAUX. — Thrombus de la vulve. — In : *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1834, p. 75.

VELPEAU. — Traité de l'art des accouchements. Paris, 1835, t. II, p 465.

QUATREVAUX. — Hernie et kyste de la grande lèvre. — In : *Bull. Société anat. de Paris*, 1838, p. 301.

MICHON. — Tumeur fibreuse des grandes lèvres. — In : *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1839, p. 69.

Diction. de médec. en 30 vol. Paris, 1844, t. XXIX. — Art. : Thrombus.

MONTGOMERY. — Sur une espèce particulière de thrombus qui se montre pendant l'accouchement (*Dublin quart. journal of med.*, mars 1851 ; *Arch. gén. de méd.*, juin 1851

CHASSAIGNAC. — Kyste de la glande de Bartholin. — In : *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1852, p. 471.

MORPAIN (A.). — Hématocèle du sac dartoïque. *Thèse de doctorat*. Paris, 1851.

PARMENTIER. — Kyste de la glande de Bartholin. — In : *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1851.

RAMSBOTHAM. — *Med. Times and Gazette*, octobre 1853, p. 367.

BLOT (Hipp.). — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. *Thèse de concours pour l'agrégation*. Paris, 1853

Populus. — *Thèse inaugurale.* Paris, 1857, n° 246.

Scanzoni — Traité des maladies des organes sexuels de la femme. *trad. Dor et Socin.* Paris, 1858, p. 498.

Vauclin. — *Thèse inaugurale.* Paris, 1858, n° 21.

Laborie. — Histoire des thrombus de la vulve et du vagin, spécialement après l'accouchement, lu à l'Académie de médécine le 6 novembre 1860 (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXVI, p. 96).

Braun. — *Wiener mediz. Woschenschrift*, 1861.

Perret (Paul). — Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement. *Thèse inaugurale.* Paris, 1864 (importante à consulter, *indic. bibliogr.*).

Hervieux. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suite de couches. Paris, 1860.

Descomps (Aug.). — Des tumeurs sanguines vulvaires et périvulvaires en-dehors de la grossesse et de l'accouchement. *Thèse de doctorat*, Paris, 1871, n° 144.

Griffon (V. J.). — Du thrombus de la vulve et du vagin. *Thèse de doctorat*, Paris, 1872, n° 60.

Cushing. — *Boston med. and surg. Journal*, 5 décemdre 1872, p. 396.

James (R.). — *Transct. of the obster. Soc. of London*, vol. XIV, 1873.

Galland (R.). — *Ibid.*

Petit (H.). — *Annales de gynécologie*, Paris 1874, p. 72.

Girard (J. B.). Thrombus de la vulve et du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Thèse de doctorat*, Paris, 1874 (1 observ. inédite de Budin).

Porro. — *Gazetta med. lombardo-italiana*, 1873.

Kuhn. — *Inaugural dissertation*, Zurich, 1874.

Bailly (Emile). — *Arch. de tocologie*, Paris 1874, p. 572.

Vergely. — *Bordeaux medical*, 1874, n° 50.

Wernich. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1875, p. 160.

Robuchon. — *Gaz. des Hôp.* 1875, p. 160.

Uribe. — *Thèse de doctorat*, Paris 1876.

Heywood Smith. — *Ann. de gynécol.* 1877, p. 312.

Fleury (de Clermont-Ferrand). — *Ibid.* 1877.

Galabin. — *Ibid.* 1877.

Churchill (Fleetwood) et Leblond. — Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, 3e édition, Paris, 1881, p. 867, ind. bibliogr.

Montgomery. — *Philadelphia med. and surgical Reporter* janvier, 1880.

Sœtker. — *Correspondenz Blatt füs schweizer. Aerzte*, Juli, 1881.

Cornillon. — *Thèse de doctorat.* Paris, 1882.

Breisky. — *Handbuch der Frauenkrankheiten* von Billroth. Stuttgart, Heft 7.

Chéron. — *Revue des maladies des femmes*, juin 1882, p. 313.

Ingleby. — *On the Tumours obstructing Delivory.* — In : *Edinburg med., and surg. Journal*, vol. XIV, p. 107.

Charpentier. — Traité pratique des accouchements. Paris, 1883, t. II, p. 241 ; indic. bibliog. : *Annales de Gynécologie* ; *Archives de Tocologie* passim.

Doléris (A.). — *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques* (Jaccoud), t. XXXV, 1883, p. 479. — Art. : Thrombus.

CONCLUSIONS

I. — L'hématome du scrotum est une affection qui, malgré sa fréquence, n'avait pas encore attiré spécialement l'attention des chirurgiens.

II. — Il consiste dans un épanchement plus ou moins considérable de sang qui se fait, en dehors de la cavité vaginale, dans le tissu cellulaire des bourses, soit entre la vaginale et la fibreuse (partie inférieure du cordon : hématome périvaginal), soit dans la cloison, soit dans le tissu cellulaire sous-dartoïque (entre la peau et la fibreuse). Cette dernière forme est de beaucoup la plus fréquente et se localise probablement dans une cavité séreuse virtuelle, dont nous croyons avoir suffisamment démontré l'existence dans le tissu cellulaire sous-dartoïque, au chapitre de l'Anatomie du scrotum.

III. Le sang se trouvera soit à l'état diffus (*hématocèle pariétale par infiltration*, des Auteurs), soit collecté (*hématocèle pariétale par épanchement*, des Auteurs). Ces deux états pourront se rencontrer seuls ou coexister ensemble.

IV. — La cause la plus ordinaire se trouve dans les traumatismes sur les bourses. Ces traumatismes occasionnent soit une attrition du tissu cellulaire sous-dartoïque, soit une rupture des vaisseaux du cordon ou des tuniques, soit l'éclatement de la vaginale dans les cas d'hydrocèle ou d'hématocèle vaginales. Un traumatisme plus violent encore produira une déchirure simultanée de la vaginale et de l'albuginée, et la source de l'hémorrhagie se trouvera plus spécialement alors dans le parenchyme testiculaire.

V. — Les symptômes de l'hématome du scrotum sont objectifs et subjectifs. Parmi ces derniers, la douleur tient le premier rang, surtout au début ; le malade ressent en outre un sentiment de pesanteur dans les bourses. A l'examen du malade, on est avant tout frappé par la couleur ecchymotique des téguments du scrotum ; cette teinte peut envahir les cuisses, le périnée et l'abdomen. Le scrotum conserve l'empreinte du doigt et dans les collections sanguines enkystées, on éprouve une sensation de tremblottement particulier.

VI. — Le diagnostic des hématomes récents se fera sans difficulté ; l'erreur alors ne serait guère possible qu'avec l'hétamocèle vaginale. Plus tard, quand le sang s'est enkysté, il faudra éviter la confusion avec une autre tumeur solide ou liquide des bourses.

VII. — Le sang épanché ou bien se résorbe, ou bien s'enkyste. Le sang peut aussi subir la putréfaction et occasionner la gangrène de la peau, du cordon et même du canal de l'urèthre.

VIII. — Le pronostic est peu grave en général.

IX. — Le traitement sera, dans les débuts, anti-phlogistique (glace, cataplasmes). A la première menace d'inflammation, débrider largement. Pour les tumeurs enkystées, l'incision avec tous les soins antiseptiques voulus est le seul traitement possible.

Si nous comparons l'hématome de la vulve avec l'hématome du scrotum, nous voyons que les phénomènes pathologiques viennent confirmer l'analogie anatomique des organes génitaux externes dans les deux sexes.

I. — Ici encore nous observerons les deux formes, diffuse et enkystée, de l'épanchement sanguin se produisant dans le tissu cellulaire des grandes lèvres.

II. — La cause la plus ordinaire de ces épanchements sanguins se trouve dans les traumatismes.

III. — Les symptômes subjectifs sont principalement la douleur et un sentiment de tension dans la tumeur. La vue est frappée par la couleur ecchymotique des téguments, par la disparition des petites lèvres et le toucher donne la sensation de crépitation spéciale due aux caillots sanguins.

IV. — Diagnostic généralement facile, et pronostic presque toujours bénin.

V. — Le traitement à instituer sera absolument le même que dans les cas d'hématome pariétal du scrotum.

Tel est le travail que nous soumettons aux savants maîtres qui composent cette Faculté. S'ils le jugent au-dessous de ce qu'il devrait être, nous leur dirons avec Labruyère : « On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire ou pour un motif d'intérêt ; mais celui qui écrit pour remplir un devoir dont il ne peut se dispenser, pour satisfaire à une obligation qui lui est imposée, a de grands droits à l'indulgence. »

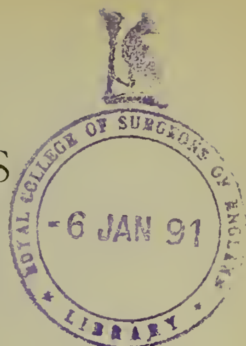


TABLE DES MATIERES

A. — HÉMATOME DU SCROTUM

Pages.

B. — HÉMATOME DES GRANDES LÈVRES

(Thrombus de la vulve. Hématocèle des grandes lèvres de la femme).

C. — CONCLUSIONS

